RAPPORT

du

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS DE L'ONTARIO

MARS 1987

le 12 février 1987

L'honorable Murray Elston
Ministre de la Santé
10e étage, Édifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Queen's Park
Toronto (Ontario)
M7A 1R3

Monsieur le Ministre,

Le Comité consultatif a le plaisir de vous soumettre le rapport que vous lui avez demandé. Les soussignés espèrent que le programme qu'ils proposent pourra être mis en oeuvre d'ici le début de l'année scolaire 1987-1988.

L.W. Armstrong

W.R. Reesor

T.W. Hicks (président)

R.K. Ryan

D.W. Johnston

D.W. Surplis

J.L. Leake

RAPPORT

du

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SOINS DENTAIRES

POUR LES

ENFANTS DE L'ONTARIO

MARS 1987

COMPOSITION DU

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS DE L'ONTARIO

Président :

Dr T. W. Hicks, directeur, Division de l'hygiène dentaire
Bureau de santé de district du comté Simcoe
Centre administratif du comté
Midhurst (Ontario) L0L 1X0

Membres :

Dr L.W. Armstrong, directeur, Division de l'hygiène dentaire
Bureau de santé Northwestern (Nord-Ouest de l'Ontario)
15, avenue Ocean ouest
R.R. 1
Kenora (Ontario) P9N 3W7

Dr D.W. Johnston, directeur
Division des soins dentaires communautaires
Faculté de médecine dentaire
Université de l'Ouest de l'Ontario
London (Ontario) N6A 5B7

Dr J.L. Leake, professeur agréé et directeur
Soins dentaires communautaires
Université de Toronto
124, rue Edward
Toronto (Ontario) M5G 1G6

Dr W.R. Reesor, président
Comité des soins de santé
Ontario Dental Association
Suite 100, 1545, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1Z 8P9

Dr D.W. Surplis, directeur général associé
Ontario Dental Association
234, rue St. George
Toronto (Ontario) M5R 2P1

Liaison avec le Ministère :

Dr R.K. Ryan, conseiller principal en médecine dentaire
Direction de la santé publique
Ministère de la Santé de l'Ontario
5e étage, 15, boul. Overlea
Toronto (Ontario) M4H 1A9

Secrétaire de séance : M^me^ D. Horsburgh, agent de soutien des programmes
Division de la santé publique et des programmes communautaires
Ministère de la Santé de l'Ontario
5^e^ étage, 15, boul. Overlea
Toronto (Ontario) M4H 1A9

MANDAT

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS DE L'ONTARIO

1. Étudier toute l'information disponible sur l'état de santé dentaire des enfants de l'Ontario.

2. Définir les secteurs prioritaires, c'est-à-dire les groupes d'âge ou les régions de la province ayant le plus besoin d'aide pour obtenir les services de traitements dentaires nécessaires dans les plus brefs délais.

3. Définir les services de traitements dentaires de base qui pourraient être dispensés aux enfants identifiés.

4. Recommander un programme optimal pour qu'on puisse répondre aux besoins ainsi définis, en versant les sommes nécessaires aux Bureaux de santé locaux, et évaluer les besoins de financement pour le lancement du programme et pour l'avenir.

TABLE DES MATIÈRES

Page

Lettre de couverture i
Page titre ii
Composition du Comité iii
Mandat v
Table des matières vi
Glossaire ix
Recommandations xii

Programme de soins dentaires
pour les enfants vulnérables de l'Ontario

Introduction 1
Sommaire du programme proposé 2
Détermination de l'étendue des besoins 4
État de santé dentaire des enfants de l'Ontario .. 4
Définition des besoins des enfants 4

Services dentaires dispensés aux enfants admissibles ... 6
Services de prévention 6
Traitements 6

Coûts 7
Budget de lancement 7
Projections budgétaires 7

Résumé des coûts prévus 8

Subventions aux Bureaux de santé 9

Évaluation financière de l'admissibilité 9

Administration du programme proposé 11
Utilisation du Système d'information de gestion .. 11
Modalités de paiement 11
Suivi des cas 12
Frais d'administration des Bureaux de santé 12
Possibilité d'augmentation des subventions 12
Examen du programme 13

Plan de communications 14

Tableau 1 - Cas de caries recensés dans les 43 Bureaux de santé de l'Ontario, par rapport à la moyenne provinciale

Tableau 2 - Besoins de traitement de caries (BTC) pour les 43 Bureaux de santé de l'Ontario, par rapport à la moyenne provinciale

Tableau 3 - État de santé dentaire des enfants recensés par les 43 Bureaux de santé de l'Ontario, par rapport à la moyenne provinciale

Tableau 4 - Nombre d'enfants ayant des besoins immédiats ou urgents de soins dentaires

Tableau 5 - Estimations de la population en 1986

Tableau 6 - Budget de lancement et projections budgétaires

Tableau 7 - Subventions aux Bureaux de santé -- 1re année

Tableau 8 - Subventions aux Bureaux de santé -- 2e année

Tableau 9 - Subventions aux Bureaux de santé -- 3e année

Annexes

Annexe 1 - Procédure recommandée aux Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé pour déceler et signaler les possibilités de mauvais traitements subis par des enfants en raison d'une négligence de leur santé dentaire

Annexe 2 - Problèmes buccaux justifiant la protection de l'enfant

Annexe 3 - Régime de soins dentaires pour une population choisie d'enfants de l'Ontario (Untario Society of Public Health Dentists)

Annexe 4 - Règlement de l'Ontario 516/84 adopté en vertu de la Loi de 1983 sur la protection et la promotion de la santé - Services et programmes de santé dans les écoles

Annexe 5	- Nomenclature et tarifs des services dentaires
Annexe 6 (a,b,c et d)	- Relevés du coût des soins dentaires
Annexe 7 (a,b,c)	- Coût des soins de routine
Annexe 8	- Projet de lettre d'avis aux parents
Annexe 9	- Projet de formule de réclamation
Annexe 10	- Formule normalisée de demande d'autorisation des traitements dentaires (Untario Dental Association)

GLOSSAIRE

Vulnérable	se dit de l'enfant ayant un besoin immédiat ou urgent de soins dentaires et dont la famille, qui n'a pas d'assurance pour les tiers, subirait des difficultés financières si elle devait payer elle-même les traitements nécessaires.
Services à l'enfance et à la famille	aussi appelés "Société d'aide à l'enfance"
Négligence de la dentition de l'enfant	se dit dans le cas de l'enfant souffrant de conditions dentaires qui, si elles n'étaient pas rectifiées, pourraient le mettre dans une situation où il aurait "besoin de protection" (voir l'Annexe 1)
Enfant ayant besoin de protection	tel que défini dans la Loi de 1984 sur les services à l'enfance et à la famille, se dit d'un enfant "qui a subi des maux physiques infligés par la personne qui en est responsable ou causés par le défaut de cette personne de lui fournir des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller et de le protéger convenablement et qui a besoin d'un traitement médical en vue de guérir, de prévenir ou de soulager ses maux physiques ou sa douleur, si son père ou sa mère ou la personne qui en est responsable ne fournit pas le traitement, refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement, ou n'est pas disponible pour ce faire".

Familles à bas revenu/à revenu marginal	familles n'ayant pas des ressources financières suffisantes pour fournir des soins dentaires de base à l'enfant
MSSC	ministère des Services sociaux et communautaires
MdlS	ministère de la Santé
ODA	Ontario Dental Association
OSPHD	Ontario Society of Public Health Dentists
Demande d'autorisation	procédure selon laquelle le dentiste de l'enfant doit obtenir une autorisation avant de lui dispenser les traitements énumérés dans la seconde partie de la nomenclature.
RCDS	Royal College of Dental Surgeons
Nomenclature	nomenclature des services offerts dans le cadre du programme, avec des instructions sur son application
SMOHO	Society of Medical Officers of Health of Ontario
Organismes de service social	aussi appelés "Services de bien-être social"
Assurance pour les tiers	se dit de tous les services dentaires assurés par un organisme quelconque.
deco	nombre de dents primaires (lactéales) cariées, extraites et obturées -- historique numérique cumulatif des pathologies de la dentition primaire

DCMO	nombre de dents permanentes cariées, manquantes et obturées -- historique numérique cumulatif des pathologies de la dentition permanente
BCT	besoins de traitement de caries -- indice du nombre de dents cariées à traiter
Besoins immédiats de traitements dentaires	douleur, infection, hémorragie, traumatisme, etc. (voir aussi l'Annexe 2)
Besoins urgents de traitements dentaires	dents permanentes ou dents primaires cruciales attaquées et problème péridentaire irréversible par les pratiques d'hygiène buccale (voir aussi l'Annexe 2)

PROGRAMME DE SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS VULNÉRABLES DE L'ONTARIO

RECOMMANDATIONS

IL EST RECOMMANDÉ

		PAGE
Recommandation no 1	que l'enfant ayant des besoins immédiats ou urgents de soins dentaires et dont la famille déclare risquer des difficultés financières et n'avoir pas d'assurance pour les tiers soit admissible aux services dispensés dans le cadre du programme.	3 et 10
Recommandation no 2	que le programme comporte des services pouvant être dispensés sans autorisation préalable et des services supplémentaires pouvant être dispensés avec autorisation du directeur de la Division de l'hygiène dentaire, sur l'avis d'un comité de dentistes locaux.	6
Recommandation no 3	que la mise en oeuvre du programme soit graduelle et qu'il s'applique en définitive à tous les enfants admissibles, jusqu'à l'âge de 16 ans révolus.	7
Recommandation no 4	que le ministère de la Santé engage tous les fonds nécessaires pour financer un programme de soins dentaires à l'intention des enfants admissibles de l'Ontario.	9
Recommandation no 5	que les Bureaux de santé administrent les fonds nécessaires pour dispenser les services dentaires prévus dans le cadre du programme.	11

		PAGE
Recommandation nº 6	que les Bureaux de santé versent aux dentistes leurs honoraires habituels, jusqu'à concurrence de 90 % des sommes proposées dans le Guide des tarifs de l'ODA pour les dentistes généralistes, ou jusqu'à concurrence de 120 % du tarif des dentistes généralistes, dans le cas des spécialistes, et qu'il leur soit loisible de prendre des dispositions particulières pour payer aux dentistes un tarif quotidien ou trimestriel.	11
Recommandation nº 7	que la Direction des systèmes de gestion du ministère de la Santé mette sur pied un système d'information propre à assurer le suivi et l'évaluation du programme, tout en aidant les Bureaux de santé à le gérer.	11
Recommandation nº 8	que les Bureaux de santé puissent utiliser jusqu'à 3 % des crédits mis à leur disposition au titre du programme pour payer les frais d'administration afférents.	12
Recommandation nº 9	qu'un mécanisme de recours soit établi pour que les Bureaux de santé puissent obtenir des crédits supplémentaires dans le cas où les besoins de soins des enfants dépassent les projections.	12
Recommandation nº 10	que le Comité ou un organisme analogue étudie le fonctionnement du programme et recommande des modifications, le cas échéant.	13

PAGE

Recommandation no 11 — que le ministère de la Santé, l'Ontario Dental Association et l'Ontario Society of Public Health s'accordent pour établir un plan de communications afin de renseigner les Bureaux de santé et les dentistes sur le programme. 14

Recommandation no 12 — que, compte tenu du fait que les Bureaux de santé et les organismes de service social jugent que les besoins sont urgents, le programme soit mis en oeuvre dans les plus brefs délais. 14

PROGRAMME DE SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS VULNÉRABLES DE L'ONTARIO

INTRODUCTION

À la fin des années 70, les modifications apportées à la Loi de 1978 sur le bien-être de l'enfance et les avant-projets de la Loi de 1983 sur la protection et la promotion de la santé ont fait prendre conscience aux directeurs des Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé de leurs responsabilités accrues de prévenir la négligence de la santé dentaire des enfants. Le ministère de la Santé, comprenant qu'il fallait faire la lumière sur la situation, a donc formé un groupe de travail qui a produit un rapport intitulé "Procédure recommandée aux Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé pour déceler et signaler les possibilités de mauvais traitements subis par des enfants en raison d'une négligence de leur santé dentaire" (Recommended Procedures For Identifying And Reporting Suspected Child Abuse Resulting From Dental Neglect For Public Health Dental Departments). Le rapport a été révisé en 1986 et la traduction de cette version révisée est annexée à notre rapport (Annexe 1).
Le groupe de travail en question était composé de représentants de l'Ontario Dental Association (ODA), du Royal College of Dental Surgeons (RCDS), du ministère de la Santé (MdlS), du ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC), de la Society of Medical Officers of Health of Ontario (SMOHO) et de l'Ontario Society of Public Health Dentists (OSPHD).

Les directeurs des Divisions de l'hygiène dentaire reconnaissaient tous le bien-fondé de ces rapports, mais ils se rendaient bien compte que beaucoup de familles à bas revenu ou à revenu marginal n'auraient pas les ressources financières nécessaires pour payer même les soins de base indispensables à leurs enfants. Les discussions initiales qui avaient eu lieu avec de nombreux organismes locaux de service social avaient révélé de façon plus criante encore que les fonds disponibles pour les soins dentaires étaient extrêmement limités. Malheureusement, le fait est que le coût des traitements dentaires subventionnés est imputable sur le Budget d'aide spéciale, lequel est alimenté à parts égales par le gouvernement fédéral et par les autorités locales. Or, la plupart des municipalités n'étaient guère disposées à alourdir encore le fardeau fiscal de leurs citoyens, même si elles reconnaissaient qu'il fallait offrir des soins dentaires aux familles à bas revenu.

Les efforts déployés pour surmonter cette barrière économique ont demandé beaucoup de temps aux Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé et, même là, on s'est abstenu dans bien des cas d'entreprendre de fournir des services de base complets. Trop souvent, il était impossible de prendre les dispositions voulues pour que l'enfant puisse être traité, de sorte qu'on finissait en définitive par renvoyer l'affaire aux Services à l'enfance et à la famille.

Ce processus grevait trop les ressources des Bureaux de santé, des services sociaux et des Services à l'enfance et à la famille, sans compter qu'il était trop dur pour les familles en cause et qu'il aboutissait souvent à une solution insatisfaisante pour l'enfant vulnérable.

Dans sa plate-forme électorale, le gouvernement actuel avait parlé d'au moins trois programmes dentaires, dont l'un axé sur la prestation de soins dentaires de base aux enfants. L'OSPHD a réagi à ces déclarations électorales en avril 1985, en préparant une proposition de régime de soins dentaires limité aux enfants considérés comme vulnérables, étant donné qu'à son avis, la province n'avait pas besoin d'un régime coûteux d'assurance dentaire complète applicable à tous les enfants ontariens (Annexe 3). Cette proposition a été appuyée par l'ODA et portée à l'attention du ministre de la Santé, l'honorable Murray Elston. Les intentions du gouvernement ont été confirmées par l'annonce, au printemps 1986, qu'il était déterminé à mettre sur pied un programme à l'intention des enfants vulnérables.

Par la suite, M. Elston a annoncé la formation d'un Comité consultatif chargé de jeter les bases d'un régime de ce genre, comité composé de représentants des Bureaux de santé, des deux facultés de médecine dentaire et de l'ODA. Le Comité a d'emblée tait sienne la prise de position de l'OSPHD. En effet, étant donné que le taux de caries des enfants de l'Ontario est le plus bas du Canada, que l'accès aux soins n'a jamais été aussi facile qu'aujourd'hui, que beaucoup de familles ont une assurance pour les tiers et que la population est en général plus riche que jamais, la province n'a pas besoin de mettre sur pied un régime universel d'assurance dentaire afin de remédier aux problèmes immédiats ou urgents d'un infime pourcentage des enfants de la province.

Le Comité consultatif s'est mis au travail en faisant un certain nombre de postulats. Le régime qu'il entendait recommander devait être économiquement viable, faire augmenter le moins possible l'effectif de la fonction publique ontarienne, être acceptable aux yeux des dentistes et, en définitive, éliminer toute possibilité qu'un enfant ontarien souffre de problèmes dentaires en raison de la situation financière de sa famille. Globalement, le Comité a aussi repris la doctrine de l'OSPHD, à savoir que tout régime de ce genre devrait comporter des mesures permettant de limiter les frais, afin que les deniers publics soient dépensés avec prudence et à bon escient.

SOMMAIRE DU PROGRAMME PROPOSÉ

Les enfants considérés comme vulnérables dans le contexte du programme sont identifiés grâce à un programme des

Bureaux de santé obligeant les enfants d'âge impair à subir chaque année un examen de dépistage à la suite duquel les parents des enfants ayant besoin de soins en sont informés par écrit. Si l'enfant a des besoins immédiats ou urgents de soins, que sa famille n'a pas d'assurance pour les tiers et qu'elle déclare que le coût des soins lui imposerait des difficultés financières, l'enfant peut être traité par un dentiste de son choix, lequel est payé par le Bureau de santé. Le ministère de la Santé verse aux Bureaux de santé une subvention correspondant à 100 p. 100 du coût du programme.

Les détails administratifs figurent sous la rubrique intitulée "Administration du programme proposé", à la page 11.

DÉTERMINATION DE L'ÉTENDUE DES BESOINS

État de santé dentaire des enfants de l'Ontario

Depuis 1972, le ministère de la Santé fait tous les deux ans un relevé de la santé dentaire des enfants (de 5, 7, 9, 11 et 13 ans) résidant en Ontario. Les indices du relevé de 1986 ont servi de base aux calculs ci-joints de l'état de santé dentaire des enfants ontariens.

Les indices des dents cariées, extraites et obturées (dceo) et des dents cariées, manquantes et obturées (DCMO) pour les enfants âgés de 5, 7 et 13 ans examinés dans chacun des Bureaux de santé participant au relevé sont comparés à la moyenne provinciale au Tableau 1. Nous avons déterminé le rapport pour chaque groupe d'âge (moyenne d'un Bureau de santé par rapport à la moyenne provinciale). Nous avons ensuite fait la moyenne des trois rapports et nous l'avons portée dans la colonne de droite du Tableau 1.

Les âges que nous avons choisis pour déterminer les rapports l'ont été parce qu'ils représentent des enfants n'ayant que des dents lactéales (5 ans), des enfants n'ayant que des dents permanentes (13 ans) et un groupe d'enfants ayant une dentition mixte (7 ans). De même, l'indice du besoin de traitement de caries (BTC) nous a servi à déterminer le rapport moyen pour les trois groupes d'âge que nous avons reporté dans la colonne de droite du Tableau 2. Ces trois groupes d'âge ont été retenus par le Comité étant donné que les calculs préliminaires avaient révélé qu'on n'obtiendrait pas plus d'information en incluant dans l'étude les données relatives aux groupes de 9 et de 11 ans.

En combinant les chiffres figurant dans la colonne de droite des deux premiers tableaux et en faisant la moyenne, nous avons pu indiquer dans le Tableau 3 le rapport moyen des données de chaque Bureau de santé avec la moyenne provinciale.

Le Comité consultatif s'est servi de ce rapport moyen pour chaque service de santé comme indice de la pondération relative de l'état de santé dentaire des enfants dans le secteur de chaque Bureau de santé.

Définition des besoins des enfants

Depuis un certain nombre d'années, le personnel des Divisions d'hygiène dentaire de nombreux Bureaux de santé détermine les besoins de soins dentaires des enfants qui ont fait l'objet d'un examen de dépistage dans le contexte d'un programme obligatoire, celui des soins dentaires préventifs de base (Règlement de l'Ontario 516/84, adopté en vertu de la Loi de 1983 sur la protection et la promotion de la santé - Services et programmes de santé dans les écoles). Chaque année, les élèves de 5, 7, 9, 11 et 13 ans subissent un

examen dentaire de dépistage. Ceux pour qui l'examen permet de déceler des besoins immédiats ou urgents de soins dentaires doivent alors être suivis (Annexe 4).

Le Tableau 4 indique le nombre d'enfants qui ont fait l'objet d'un examen dentaire de dépistage et le nombre d'enfants pour lesquels l'examen a révélé un besoin immédiat ou urgent de soins dentaires. Vingt-huit Bureaux de santé ont fait état de ces chiffres dans le relevé de 1986 des Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé de l'Ontario. Le Tableau révèle que 3,15 p. 100 des enfants examinés par le personnel des Bureaux de santé ont des besoins immédiats ou urgents de soins dentaires et semblent par ailleurs satisfaire à tous les critères d'admissibilité du programme proposé.

Le Tableau 5 énumère les estimations de la population de 1986 des enfants résidant en Ontario. La population totale des enfants âgés de 3 à 15 ans inclusivement s'élève à 1 366 480. Si 3,15 p. 100 d'entre eux sont vulnérables, comme les chiffres l'indiquent, 43 380 enfants de l'Ontario auraient eu besoin d'aide en 1986, dans le cadre du programme de soins dentaires proposé.

SERVICES DENTAIRES DISPENSÉS AUX ENFANTS ADMISSIBLES

Services de prévention

En vertu de la Loi de 1983 sur la protection et la promotion de la santé, les Divisions d'hygiène dentaire des Bureaux de santé provinciaux sont tenues d'offrir des services préventifs particuliers aux enfants très vulnérables (high risk). Ces services peuvent comprendre des conseils individuels sur l'hygiène buccale, des applications topiques de fluorure ou d'autres mesures reconnues de prévention. Manifestement, tout enfant dont les besoins de traitements dentaires seraient jugés immédiats ou urgents serait considéré comme un enfant très vulnérable et serait par conséquent admissible à ces services.

Logiquement, les services de prévention devraient continuer d'être administrés par les Bureaux de santé. À ce niveau de risque, les enfants ont besoin d'interventions préventives à long terme, adaptées à leurs besoins particuliers. On pourrait notamment penser à d'autres méthodes, comme les conseils donnés aux parents, l'évaluation de la nutrition ou du régime alimentaire et les conseils diététiques, les programmes de prévention au foyer (des contenants de fluorure spéciaux, des rince-bouche) et les suppléments de fluorure, ce qui suppose notamment l'analyse de l'eau consommée à la maison, etc.

Durant l'année scolaire, le personnel des Divisions d'hygiène dentaire visite fréquemment les écoles afin de veiller à ce que les mesures préventives soient maintenues.

Les dentistes locaux devraient être informés des grandes lignes de ces services. En effet, ceux qui devront dispenser les traitements ont besoin d'être au courant du régime préventif prévu pour chacun des enfants qu'ils seront appelés à traiter dans le cadre du programme.

Traitements

Le rapport produit par l'OSPHD (Annexe 3) comprend une liste globale des services de base. À partir de cette liste, le Comité consultatif a préparé une Nomenclature comprenant une description et un code pour chacun des services prévus (Annexe 5). Cette Nomenclature est divisée en deux parties. La première énumère les services dispensables sans autorisation et la seconde, les services pour lesquels une autorisation s'impose. Ces derniers services sont ceux qui, de l'avis du Comité, se révéleront nécessaires à l'occasion et qui devraient être dispensés dans les cas où il est essentiel de ramener l'enfant à la santé dentaire. Pour assurer l'efficacité du programme et pour éviter qu'il coûte trop cher, les services de ce genre ne pourront pas être dispensés sans autorisation.

COÛTS

Pour la première année du programme, nous avons tenu compte des enfants d'âge impair (de 5, 7, 9, 11 et 13 ans) et de la proportion, estimée à 25 p. 100, des enfants d'âge préscolaire (3 et 4 ans) susceptibles d'être dépistés. Le Comité consultatif recommande que la fourchette des âges admissibles soit graduellement prolongée jusqu'à l'âge de 16 ans; il suffira pour ce faire de poursuivre chaque année les traitements de routine.

Par conséquent, dans les projections budgétaires de la deuxième année, on a tenu compte du coût des traitements de routine pour les enfants de 14 ans. En appliquant le même raisonnement, on a tenu compte dans les chiffres de la troisième année des enfants de 14 et 15 ans, puis des enfants de 14, 15 et 16 ans dans les chiffres de la quatrième année.

Budget de lancement

Les directeurs des Divisions de l'hygiène dentaire qui ont fait une étude du coût de traitements analogues fournis à des enfants ayant eu en 1986 des besoins immédiats ou urgents de soins dentaires révèlent que le coût du traitement initial servant à ramener ces enfants à un niveau de santé dentaire satisfaisant s'élève en moyenne à 340 $ par enfant (Annexes 6a, 6b, 6c et 6d). Les estimations variaient d'un maximum de 410 $ par enfant (Annexe 6d) pour un groupe ayant de très grands besoins, celui des enfants du Bureau de santé Northwestern (Nord-Ouest de l'Ontario) à un minimum de 298,92 $ par enfant (Annexe 6c) pour les élèves du comté de Hastings & Prince Edward, dont les besoins étaient beaucoup plus limités. Le Comité a retenu le chiffre estimatif de 340 $ par enfant en se fondant sur l'expérience acquise en 1986 par le Bureau de santé du comté de Simcoe, pour une gamme de services analogue à celle qui est proposée dans le programme et ce, dans une région où l'état de santé dentaire des enfants correspond à la moyenne provinciale (Annexe 6b).

Au cours de la première année d'application du programme, environ 3,15 p. 100 (21 586) des enfants de l'Ontario auront des besoins immédiats ou urgents de soins (voir le Tableau 4). Pour cette première année, le coût du programme sera d'environ 7 339 240 $ (voir le Tableau 6, 1re année).

Projections budgétaires

Pour la deuxième année du programme, il faudra compter avec un nouveau groupe d'enfants d'âge impair ayant besoin de soins initiaux; les enfants traités au cours de la première année n'auront besoin, eux, que de soins de routine moins coûteux que les premiers. La pratique a révélé qu'il faudrait dépenser en moyenne 115 $ par année par enfant pour permettre à ces enfants de conserver un état de santé dentaire satisfaisant (annexe 6d et Annexes 7a, 7b et 7c).

Pour la deuxième année du programme, le budget devrait être de 9 771 310 $ (voir le Tableau 6, 2e année).

Au cours de sa troisième année, le programme couvrira tous les enfants admissibles traités au cours des deux premières années et qui n'auront plus besoin cette année-là que de traitements de routine. Là encore, la pratique a révélé qu'il ne faudrait en moyenne que 87 $ par enfant pour assurer ces soins (Annexes 7a, 7b et 7c). Bien entendu, il y aura un autre nouveau groupe d'âge, celui des enfants de 5 ans, qui auront besoin des traitements initiaux, à raison de 340 $ par enfant.

Le budget requis pour la troisième année du programme serait donc de 5 696 212 $ (voir le Tableau 6, troisième année). Pour la quatrième année du programme, le budget ne serait plus que de 5 550 473 $. Par la suite, les coûts du programme se stabiliseraient aux alentours de 5,6 millions de dollars par an, en dollars constants de 1986.

Le Comité a basé ses estimations du nombre d'enfants admissibles et sa projection des coûts sur l'hypothèse que les facteurs suivants demeureront inchangés :

- prospérité de l'Ontario;
- faible pourcentage de maladies dentaires chez les enfants de l'Ontario;
- fort pourcentage de travailleurs ontariens et de leurs personnes à charge souscrivant une assurance dentaire;
- traitements dentaires complets fournis gratuitement par différents régimes;
- pas d'immigration massive d'enfants vulnérables;
- augmentation des honoraires des dentistes indexée à l'inflation.

RÉSUMÉ DES COÛTS PRÉVUS

1re année	.....	7 339 240 $
2e année	.....	9 771 310 $
3e année	.....	5 696 212 $
4e année	.....	5 550 473 $

SUBVENTIONS AUX BUREAUX DE SANTÉ

Aux termes du mandat du Comité, les dentistes qui traiteront les enfants admissibles seront payés par les Bureaux de santé. C'est le ministère de la Santé qui assurera le financement du programme en versant des subventions aux Bureaux de santé.

Les Tableaux 7, 8 et 9 indiquent le financement nécessaire à chaque Bureau de santé pour la première, la deuxième et la troisième années du programme. Le coût ajusté pour la province de 5,37 $ par enfant a été calculé en divisant le coût estimatif de la première année du programme (Tableau 6) par le nombre d'enfants de la province dont l'âge se situe entre 3 et 13 ans inclusivement. Par ailleurs, afin de répartir les fonds équitablement entre les Bureaux de santé, compte tenu de l'état de santé dentaire des enfants de leur région, on a tenu compte des rapports moyens déterminés au Tableau 3 comme facteur de pondération du coût moyen de 5,37 $ par enfant. On a fait les mêmes calculs pour la deuxième et la troisième années du programme, comme on peut le voir aux Tableaux 8 et 9.

Par exemple, si l'on applique cette formule au cas du Bureau de santé de Porcupine, où l'incidence des maladies dentaires est plus élevée que la moyenne provinciale, la subvention versée la première année serait de 13,75 $ par enfant. À l'inverse, dans le cas du Bureau de santé d'East York, où les taux de maladies dentaires comptent parmi les moins élevés de la province, la subvention ne serait que de 3,38 $ par enfant.

Par ailleurs, dans le cas des Bureaux de santé pour lesquels il n'y avait pas de statistiques, les calculs ont été fondés sur les données obtenues d'un Bureau de santé adjacent présentant des caractéristiques analogues.

ÉVALUATION FINANCIÈRE DE L'ADMISSIBILITÉ

Il y a deux façons de procéder, soit en vérifiant si les parents ont la capacité de payer, soit en ne vérifiant pas s'ils l'ont. Dans la première éventualité, il faut :

(1) obtenir des détails précis sur les revenus et les dépenses de la famille en cause;
(2) avoir fait fixer par une autorité quelconque un niveau arbitraire de revenu permettant à une famille de payer les soins dentaires dont l'enfant a besoin.

D'après les renseignements qu'il a pu obtenir, le Comité a constaté qu'il faudrait dépenser plus de 100 $ par cas pour faire évaluer avec précision la capacité de payer. Il a aussi été question des difficultés qui découlent inévitablement de l'application de lignes directrices arbitraires.

Le Comité a donc décidé que vérifier la capacité de payer ne serait pas seulement un procédé coûteux (qui violerait par surcroît l'intimité des gens et les insulterait), mais que ce serait aussi mettre en danger l'objectif même du programme, dans le cas où les parents décideraient de ne pas se soumettre aux règles.

Essentiellement, les enfants admissibles doivent avoir des besoins immédiats ou urgents de traitements. Or, les directeurs des Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé s'entendent pour dire que la très grande majorité de ces enfants sont issus de familles à bas revenu ou à revenu marginal.

Par conséquent, le Comité a décidé de définir l'enfant admissible comme l'enfant dont les parents n'ont pas d'assurance pour les tiers et qui consentent à signer une déclaration attestant que le coût des soins dentaires dont l'enfant a besoin leur occasionnerait des difficultés financières. Ces critères seraient mentionnés dans l'avis envoyé aux parents pour les informer que leur enfant a besoin de traitements (Annexe 8). En outre, le père ou la mère ou le tuteur de l'enfant attesterait qu'il éprouve des difficultés financières en signant la formule de réclamation qui lui serait envoyée par le Bureau de santé (Annexe 9).

ADMINISTRATION DU PROGRAMME PROPOSÉ

Quand l'enfant est jugé admissible, on envoie à sa famille une formule de réclamation (Annexe 9) sur laquelle le personnel du Bureau de santé a rempli les cases identifiant l'enfant et le Bureau de santé lui-même. La formule comporte une case que le père, la mère ou le tuteur de l'enfant doit signer pour réitérer sa déclaration assurant l'admissibilité de l'enfant.

La formule présentée par la famille de l'enfant au dentiste indique à celui-ci que les services dentaires énumérés dans la Nomenclature (Annexe 5) seront payés par les responsables du programme. Une fois les traitements dispensés, la formule est renvoyée au Bureau de santé avec la facture. Le dentiste peut aussi envoyer des factures partielles avant d'avoir terminé le traitement. Chaque fois, le service de santé lui envoie une autre formule de réclamation qu'il joint à sa prochaine facture. Les parents ou le tuteur de l'enfant ne sont pas tenus de signer ces formules-là.

Quand le Bureau de santé administre des programmes de soins dentaires, il doit prendre des arrangements particuliers s'il veut utiliser les fonds réservés au programme proposé pour payer les services qu'il dispense aux enfants admissibles.

Utilisation du Système d'information de gestion (MdlS)

Le personnel du Bureau de santé vérifie soigneusement les formules, paie le dentiste et envoie copie de la réclamation à la Direction de l'information de gestion du ministère de la Santé, qui est en train de mettre sur pied un Système d'information de gestion dont il compte se servir dans son Programme des régions partiellement desservies. Ce système a été décrit au Comité consultatif, afin que celui-ci puisse envisager qu'il soit utilisé dans le contexte du programme de soins dentaires pour les enfants, afin de tenir un dossier des services fournis. Il s'agirait d'un système d'information qui assurerait une imputabilité totale tout en établissant des indices de productivité, un relevé des dépenses, etc. Le système permettrait aussi aux autorités de contre-vérifier les réclamations de façon à déterminer si les traitements y sont mal inscrits au point d'influer sur le remboursement applicable. Dans ce contexte, le directeur de la Division de l'hygiène dentaire du Bureau de santé doit assumer la responsabilité de faire la lumière sur ces questions avec le dentiste intéressé et de faire parvenir l'information voulue à qui de droit.

Modalités de paiement

Les Bureaux de santé versent aux dentistes leurs honoraires habituels jusqu'à concurrence de 90 p. 100 du tarif suggéré dans le guide en vigueur de l'ODA pour les

dentistes généralistes, ou jusqu'à concurrence de 120 p. 100 de ce tarif pour les spécialistes.

Le directeur de la Division de l'hygiène dentaire fait parvenir les formules de réclamation au service administratif du Bureau de santé, qui émet les chèques, en communiquant l'information pertinente à la Division de l'hygiène dentaire, afin que celle-ci soit en mesure de vérifier que le paiement a été fait.

Le Bureau de santé peut aussi prendre d'autres dispositions pour verser aux dentistes un tarif quotidien ou trimestriel.

Suivi des cas

Les enfants admissibles seront réexaminés chaque année, après avoir reçu les soins nécessaires la première année. Ils continuent d'être admissibles si l'on constate qu'ils ont encore besoin de traitements, que leur famille n'a toujours pas d'assurance pour les tiers et que sa situation financière ne s'est pas améliorée. Les familles ayant des enfants admissibles recevront des avis quand leurs enfants seront rendus à l'école secondaire (jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 16 ans révolus). Sur demande, la Division de l'hygiène dentaire pourra prendre des dispositions pour que ces enfants subissent des examens ayant pour objet de vérifier leur état de santé dentaire et leur admissibilité.

Frais d'administration des Bureaux de santé

Les Bureaux de santé auront peut-être besoin d'un effectif plus nombreux afin d'administrer le programme. En effet, en plus du travail nécessaire à l'exécution du programme d'examens de dépistage, il faudra envoyer les formules de réclamation aux familles, examiner les réclamations produites par les dentistes, envoyer l'information nécessaire à la Direction de l'information de gestion du ministère de la Santé, etc.

Le Comité recommande que les Bureaux de santé puissent consacrer jusqu'à 3 p. 100 des subventions qui leur seront octroyées au titre du programme pour payer leurs frais d'administration.

Possibilité d'augmentation des subventions

Pour déterminer le pourcentage d'enfants ayant des besoins immédiats ou urgents de traitements, le Comité s'est fondé sur des données obtenues de 28 services de santé, sachant très bien que ces données n'avaient pas été collectées de façon uniforme. Par conséquent, et bien que le pourcentage global que le Comité a calculé soit sensiblement équivalent à la moyenne provinciale des enfants admissibles, il peut varier dans une certaine mesure, selon le Bureau de santé. Or, on s'attend que la plupart des enfants réputés avoir des besoins immédiats ou urgents de traitements

satisferont aux critères d'admissibilité, même s'il y aura des exceptions. Par conséquent, le nombre d'enfants traités dans le cadre du programme ne devrait pas dépasser le pourcentage estimatif de 3,15 p. 100 de la population des écoles primaires.

Le Comité recommande que l'on prévoie une procédure de recours grâce à laquelle les Bureaux de santé pourront obtenir une majoration de leurs subventions si le nombre d'enfants considérés comme admissibles excède la moyenne prévue.

Examen du programme

Compte tenu de la nature innovative de ce programme destiné aux enfants vulnérables de l'Ontario, on peut prévoir certains écarts par rapport aux prévisions au cours des 12 ou 13 premiers mois de son existence. C'est pour cette raison qu'il faudrait confier au Comité ou à un organisme analogue le soin de continuer à suivre le programme, afin de pouvoir évaluer l'étendue des difficultés au niveau des demandes de majoration des subventions, par exemple, et afin aussi de recommander des rajustements, le cas échéant.

Enfin, les Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé et le système d'information de gestion du ministère de la Santé recueilleront des données pertinentes qu'il conviendrait d'examiner, afin de pouvoir en incorporer la teneur dans une version perfectionnée du programme.

PLAN DE COMMUNICATIONS

Les responsables des Bureaux de santé, des Services sociaux et des Services à l'enfance et à la famille - et les dentistes - attendent impatiemment la mise en oeuvre de ce programme grâce auquel ils pourront résoudre de graves problèmes. Le programme doit donc être lancé le plus tôt possible.

La meilleure façon d'informer les dentistes consisterait à leur faire parvenir par la poste de la documentation publiée conjointement par le ministère de la Santé et par l'ODA. Cette documentation comprendrait une description du programme et la Nomenclature et les tarifs, en plus d'un exposé des responsabilités respectives du dentiste et du Bureau de santé, avec des échantillons de la formule de réclamation et des instructions sur la façon de l'employer, etc.

La mise en oeuvre du programme serait optimisée par l'organisation d'ateliers régionaux parrainés par le ministère de la Santé et auxquels les dentistes locaux et le personnel des Bureaux de santé seraient invités à participer.

TABLEAU 1

CAS DE CARIES RECENSÉS DANS LES 43 BUREAUX DE SANTÉ DE L'ONTARIO, PAR RAPPORT À LA MOYENNE PROVINCIALE

BUREAU DE SANTÉ	5 ANS (dceo)	RAPPORT/ PROVINCE	7 ANS (dceo-DCMO)	RAPPORT/ PROVINCE	13 ANS (DCMO)	RAPPORT/ PROVINCE	RAPPORT MOYEN (3 GROUPES D'ÂGE)	
PROVINCE	1,20		2,37		2,51			
1. Algoma	1,78	1,48	3,91	1,65	3,89	1,55	1,56	Algoma
2. Brant	1,07	0,89	2,31	0,97	2,16	0,86	0,91	Brant
3. Bruce	1,15	0,96	2,29	0,96	2,80	1,12	1,01	Bruce
4. Ottawa	0,87	0,73	1,73	0,77	2,01	0,80	0,77	Ottawa
5. Porcupine	2,60	2,17	3,92	1,65	4,47	1,78	1,86	Porcupine
6. Elgin St. Thomas	1,25	1,04	2,15	0,90	2,21	0,88	0,94	Elgin
7. Windsor	1,31	1,09	2,38	1,00	2,31	0,92	1,00	Windsor
8. Grey-Owen Sound	0,92	0,77	2,05	0,86	2,17	0,86	0,83	Grey
9. Haldimand*								
10. Halton*								
11. Hastings	1,44	1,20	2,06	0,86	1,92	0,79	0,95	Hastings
12. Huron	1,01	0,84	2,24	0,95	2,45	0,96	0,91	Huron
13. Northwestern	1,80	1,50	3,44	1,48	3,27	1,30	1,43	Northwestern
14. Kent-Chatham	1,67	1,39	2,99	1,26	2,90	1,15	1,27	Kent-Chatham
15. Kingston	1,14	0,95	1,94	0,82	1,76	0,70	0,82	Kingston
16. Lambton	1,10	0,92	2,70	1,14	2,08	1,23	1,09	Lambton
17. Leeds-Grenville	1,06	0,88	2,13	0,90	2,13	0,85	0,88	Leeds
18. Middlesex-London	0,89	0,74	1,48	0,62	1,96	0,78	0,71	Middlesex-London
19. Muskoka Parry Sound	1,49	1,24	2,68	1,13	2,54	1,01	1,13	Muskoka
20. Niagara	1,17	0,97	2,44	1,03	2,92	1,16	1,05	Niagara
21. North Bay*								

TABLEAU 1
(suite)

BUREAU DE SANTÉ	5 ANS (dceo)	RAPPORT/ PROVINCE	7 ANS (dceo-DCMO)	RAPPORT/ PROVINCE	13 ANS (DCMO)	RAPPORT/ PROVINCE	RAPPORT MOYEN (3 GROUPES D'ÂGE)	
PROVINCE	1,20		2,37		2,51			
22. Haliburton	1,17	0,97	2,38	1,00	2,61	1,94	1,00	Haliburton
23. Durham*								
24. Oxford	0,97	0,81	2,03	0,97	2,15	0,86	0,88	Oxford
25. Peel*								
26. Perth	0,63	0,53	1,65	0,70	1,83	0,73	0,65	Perth
27. Peterborough	0,85	0,71	1,70	0,72	2,10	0,84	0,76	Peterborough
28. Renfrew	1,55	1,29	2,85	1,20	2,02	1,20	1,23	Renfrew
29. Eastern Ontario	1,04	1,04	2,05	1,00	2,80	1,11	1,05	Eastern
30. Simcoe	1,22	1,01	2,61	1,10	2,93	1,17	1,09	Simcoe
31. Sudbury	2,08	1,73	3,91	1,65	3,73	1,48	1,62	Sudbury
32. Thunder Bay	1,53	1,27	2,87	1,21	2,69	1,03	1,17	Thunder Bay
33. Timiskaming*								
34. Waterloo	1,13	0,94	2,27	0,96	2,27	0,90	0,93	Waterloo
35. Wellington-Dufferin	1,25	1,03	2,56	1,08	2,82	1,12	1,07	Wellington
36. Hamilton	1,37	1,14	2,70	1,14	2,41	0,96	1,08	Hamilton
37. Etobicoke	1,24	1,02	2,34	0,98	2,49	0,99	1,00	Etibicoke
38. North York	1,29	1,07	2,69	1,13	2,65	1,05	1,08	North York
39. Scarborough	1,06	0,88	2,06	0,87	2,50	1,00	0,92	Scarborough
40. Toronto	1,11	0,92	2,25	0,95	2,30	0,92	0,93	Toronto
41. York City	1,28	1,06	2,25	0,95	2,00	0,80	0,94	York City
42. York Regional	1,11	0,92	1,99	0,84	2,96	1,18	0,98	York Region
43. East York	0,88	0,73	1,76	0,74	2,20	0,87	0,78	East York

*DONNÉES MANQUANTES

TABLEAU 2

BESOINS DE TRAITEMENT DE CARIES (BTC) POUR LES 43 BUREAUX DE SANTÉ DE L'ONTARIO, PAR RAPPORT À LA MOYENNE PROVINCIALE

BUREAU DE SANTÉ	5 ANS (BTC)	RAPPORT/ PROVINCE	7 ANS (BTC)	RAPPORT/ PROVINCE	13 ANS (BTC)	RAPPORT/ PROVINCE	RAPPORT MOYEN (3 GROUPES D'ÂGE)	
PROVINCE	0,43		0,48		0,28			
1. Algoma	0,43	1,0	0,60	1,25	0,30	1,07	1,10	Algoma
2. Brant	0,31	0,72	0,31	0,64	0,13	0,46	0,61	Brant
3. Bruce	0,39	0,91	42	0,87	0,23	0,82	0,87	Bruce
4. Ottawa	0,30	0,70	0,32	0,66	0,12	0,43	0,60	Ottawa
5. Porcupine	1,31	3,04	1,31	2,73	1,12	4,00	3,25	Porcupine
6. Elgin St. Thomas	0,58	1,35	0,61	1,27	0,48	1,71	1,44	Elgin
7. Windsor	0,59	1,37	0,57	1,19	0,22	0,78	1,11	Windsor
8. Grey-Owen Sound	0,34	0,79	0,40	0,83	0,18	0,64	0,75	Grey
9. Haldimand*								
10. Halton*								
11. Hastings	0,58	1,35	0,59	1,23	0,27	0,96	1,18	Hastings
12. Huron	0,22	0,51	0,36	0,75	0,16	0,57	0,61	Huron
13. Northwestern	0,79	1,83	0,74	1,54	0,27	0,96	1,44	Northwestern
14. Kent-Chatham	0,71	1,65	0,98	2,04	0,76	2,71	1,95	Kent-Chatham
15. Kingston	0,47	1,09	0,50	1,04	0,27	0,96	1,03	Kingston
16. Lambton	0,13	0,30	0,18	0,38	0,03	0,11	0,26	Lambton
17. Leeds-Grenville	0,37	0,86	0,54	1,12	0,23	0,82	0,93	Leeds
18. Middlesex-London	0,14	0,33	0,17	0,35	0,07	0,25	0,31	Middlesex-London
19. Muskoka Parry Sound	0,67	1,56	0,49	1,02	0,29	1,04	1,21	Muskoka
20. Niagara	0,36	0,84	0,44	0,92	0,28	1,00	0,92	Niagara
21. North Bay*								

TABLEAU 2
(suite)

PROVINCE / BUREAU DE SANTÉ	5 ANS (BTC)	RAPPORT/ PROVINCE	7 ANS (BTC)	RAPPORT/ PROVINCE	13 ANS (BTC)	RAPPORT/ PROVINCE	RAPPORT MOYEN (3 GROUPES D'ÂGE)	
	0,43		0,48		0,28			
22. Haliburton	0,41	0,95	0,55	1,15	0,34	1,21	1,10	Haliburton
23. Durham*								
24. Oxford	0,22	0,51	0,31	0,65	0,14	0,50	0,55	Oxford
25. Peel*								
26. Perth	0,15	0,35	0,18	0,38	0,05	0,18	0,30	Perth
27. Peterborough	0,35	0,81	0,32	0,66	0,11	0,39	0,62	Peterborough
28. Renfrew	0,71	1,65	0,90	1,87	0,76	2,71	2,08	Renfrew
29. Eastern Ontario	1,04	1,04	2,05	1,00	2,80	1,11	1,88	Eastern
30. Simcoe	0,39	0,91	0,45	0,94	0,29	1,03	0,96	Simcoe
31. Sudbury	0,87	2,02	1,09	2,27	1,00	3,57	2,62	Sudbury
32. Thunder Bay	0,41	0,95	0,55	1,15	0,18	0,64	0,91	Thunder Bay
33. Timiskaming*								
34. Waterloo	0,24	0,56	0,28	0,58	0,08	0,29	0,48	Waterloo
35. Wellington-Dufferin	0,38	0,88	0,48	1,00	0,33	1,18	1,02	Wellington
36. Hamilton	0,51	1,19	0,70	1,45	0,40	1,43	1,35	Hamilton
37. Etobicoke	0,60	1,39	0,60	1,25	0,43	1,53	1,39	Etibicoke
38. North York	0,28	0,65	0,32	0,66	0,16	0,57	0,63	North York
39. Scarborough	0,40	0,93	0,36	0,75	0,30	1,07	0,92	Scarborough
40. Toronto	0,37	0,86	0,31	0,65	0,27	0,96	0,82	Toronto
41. York City	0,54	1,25	0,50	1,04	0,34	1,21	1,17	York City
42. York Regional	0,49	1,14	0,43	0,90	0,39	1,39	1,14	York Region
43. East York	0,28	0,65	0,16	0,33	0,13	0,46	0,48	East York

*DONNÉES MANQUANTES

TABLEAU 3

ÉTAT DE SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS RECENSÉS PAR LES 43 BUREAUX DE SANTÉ DE L'ONTARIO, PAR RAPPORT À LA MOYENNE PROVINCIALE

	BUREAU DE SANTÉ	dceo DCMO RAPPORT MOYEN	BTC RAPPORT MOYEN	MOY.
1.	Algoma	1,56	1,10	1,33
2.	Brant	0,91	0,61	0,76
3.	Bruce	1,01	0,87	0,94
4.	Ottawa	0,77	0,60	0,69
5.	Porcupine	1,86	3,25	2,56
6.	Elgin St. Thomas	0,94	1,44	1,19
7.	Windsor	1,00	1,11	1,06
8.	Grey-Owen Sound	0,83	0,75	0,79
9.	Haldimand*			
10.	Halton*			
11.	Hastings	0,95	1,18	1,07
12.	Huron	0,91	0,61	0,76
13.	Northwestern	1,43	1,44	1,44
14.	Kent-Chatham	1,27	1,95	1,61
15.	Kingston	0,82	1,03	0,93
16.	Lambton	1,09	0,26	0,68
17.	Leeds-Grenville	0,88	0,93	0,91
18.	Middlesex-London	0,71	0,31	0,51
19.	Muskoka Parry Sound	1,13	1,21	1,17
20.	Niagara	1,05	0,92	0,99
21.	North Bay*			
22.	Haliburton	1,00	1,10	1,05
23.	Durham*			
24.	Oxford	0,88	0,55	0,72
25.	Peel*			
26.	Perth	0,65	0,30	0,48
27.	Peterborough	0,76	0,62	0,69
28.	Renfrew	1,23	2,08	1,66
29.	Eastern Ontario	1,05	1,88	1,47
30.	Simcoe	1,09	0,96	1,03
31.	Sudbury	1,62	2,62	2,12
32.	Thunder Bay	1,17	0,91	1,04
33.	Timiskaming*			
34.	Waterloo	0,93	0,48	0,72
35.	Wellington-Dufferin	1,07	1,02	1,05
36.	Hamilton	1,08	1,35	1,22
37.	Etobicoke	1,00	1,39	1,20
38.	North York	1,08	0,63	0,86
39.	Scarborough	0,92	0,92	0,92
40.	Toronto	0,93	0,82	0,88
41.	York City	0,94	1,17	1,06
42.	York Regional	0,98	1,14	1,06
43.	East York	0,78	0,48	0,63

* DONNÉES MANQUANTES

TABLEAU 4

NOMBRE D'ENFANTS AYANT DES BESOINS IMMÉDIATS OU URGENTS DE SOINS DENTAIRES
(RELEVÉ DE 1986)

BUREAU DE SANTÉ	NOMBRE D'ENFANTS EXAMINÉS	NOMBRE D'ENFANTS AYANT DES BESOINS IMMÉDIATS OU URGENTS DE SOINS DENTAIRES
Algoma	2701	144
Bruce	4061	55
East York	4021	81
Eastern Ontario	8333	121
Elgin St. Thomas	4236	347
Etobicoke	13275	277
Grey-Owen Sound	5471	431
Haliburton	8011	218
Hastings	9091	236
Huron	4110	44
Kingston	8018	168
Lambton	8248	228
Leeds-Grenville	8257	130
Middlesex-London	31197	811
Muskoka Parry Sound	4133	264
Niagara	12070	359
Northwestern	5050	1078
North York	6525	131
Ottawa	16635	607
Oxford	6052	122
Perth	4857	28
Peterborough	5300	136
Porcupine	3999	308
Renfrew	1669	163
Scarborough	28447	535
Simcoe	15995	625
Waterloo	24263	399
Wellington-Dufferin	2246	32
	256 251	8 078
		3,15 %

TABLEAU 5

ESTIMATIONS DE LA POPULATION EN 1986

ÂGE		
3	-	126 310
4	-	124 400
5	-	123 000
6	-	123 510
7	-	121 040
8	-	121 040
9	-	122 510
10	-	124 590
11	-	127 640
12	-	124 030
13	-	128 430
	TOTAL	1 366 480

TABLEAU 6

BUDGET DE LANCEMENT ET PROJECTIONS BUDGÉTAIRES POUR LES ANNÉES SUIVANTES[1]

1re ANNÉE

ÂGE		
5	-	123 000
7	-	121 020
9	-	122 510
11	-	127 640
13	-	128 430
(25 %) 3 & 4	-	62 677
		685 277[2]

1. 3,15 % d'enfants vulnérables
   3,15 % de 685 277 = 21 586

   21 586 enfants à 340 $ par enfant
   (traitement initial)

   COÛT TOTAL POUR LA 1re ANNÉE = 7 339 240 $

2e ANNÉE

ÂGE		
5	-	124 400
7	-	123 510
9	-	121 040
11	-	124 590
13	-	124 030
(25 %) 3 & 4	-	63 000
		680 570[2]

1. 3,15 % d'enfants vulnérables
   3,15 % de 680 570 = 21 438

   21 438 enfants à 340 $ par enfant
   (traitement initial)
   = 7 288 920 $

2. Traitements de routine pour les enfants traités la 1re année
   21 586 enfants à 115 $ par enfant
   (traitements de routine)
   = 2 482 390 $

   COÛT TOTAL POUR LA 2e ANNÉE = 9 771 310 $

3e ANNÉE

1. Enfants de la 1re année = 21 586
   Deuxième année de traitements de routine, à 87 $ par enfant

   21 586 enfants à 87 $ = 1 877 982 $

2. Enfants de la 2e année = 21 438
   Première année de traitements de routine, à 115 $ par enfant

   21 438 enfants à 115 $ = 2 465 370 $

3. Enfants de 5 ans = 126 310
   dont 3,15 % vulnérables = 3 979

   3 979 enfants à 340 $ ch. (traitement init.) = 1 352 860 $

   COÛT TOTAL POUR LA 3e ANNÉE = 5 606 212 $

4e ANNÉE

1. 3 979 enfants en 1re année de traitements de routine
   3 979 enfants à 115 $ = 457 585 $

2. 43 024 enfants continuant à suivre des traitements de routine, à 87 $ par enfant
   43 024 enfants à 87 $ chacun = 3 743 088 $

3. Enfants de 5 ans = 126 000 (env.)
   dont 3,15 % vulnérables = 3 970
   3 970 enfants à 340 $ ch. (traitement init.) = 1 349 800 $

   COÛT TOTAL POUR LA 4e ANNÉE = 5 550 473 $

1 En dollars constants de 1986.
2 La population provinciale diffère légèrement des prévisions obtenues des Bureaux de santé (Tableaux 7, 8 et 9).

TABLEAU 7

SUBVENTIONS AUX BUREAUX DE SANTÉ - 1re ANNÉE (en $ constants de 1986)

CODE	BUREAU DE SANTÉ	DCMO, BTC/ par rapport à la moyenne prov.)	MONTANT AJUSTÉ PER CAPITA (5,37 $/enf.)	NOMBRE D'ENFANTS (100 % des 5 à 13 ans + 25 % des 3 et 4 ans)	SUBVENTIONS 1re ANNÉE
1.	Algoma	1,33	7,14	22 078	157 635 $
2.	Brant	0,76	4,08	16 370	66 790
3.	Bruce	0,94	5,05	8 560	43 230
4.	Ottawa	0,69	3,70	88 060	325 820
5.	Porcupine	2,56	13,75	19 900	273 625
6.	Elgin St. Thomas	1,19	6,39	12 800	81 790
7.	Windsor	1,06	5,69	45 800	260 600
8.	Grey-Owen Sound	0,79	4,24	11 950	50 670
9.	Haldimand	(0,80)*	4,30	12 840	55 210
10.	Halton	(0,80)*	4,30	43 385	186 555
11.	Hastings	1,07	5,75	21 000	120 750
12.	Huron	0,76	4,08	8 345	34 050
13.	Northwestern	1,44	7,73	11 880	91 830
14.	Kent-Chatham	1,61	8,65	16 245	140 520
15.	Kingston	0,93	4,99	23 865	119 085
16.	Lambton	0,68	3,65	22 015	80 355
17.	Leeds-Grenville	0,91	4,89	21 290	104 110
18.	Middlesex-London	0,51	2,74	44 510	121 960
19.	Muskoka Parry Sound	1,17	6,28	9 870	61 985
20.	Niagara	0,99	5,32	55 260	293 980
21.	North Bay	(1,17)*	6,28	15 395	96 680
22.	Haliburton	1,05	5,64	20 320	114 605
23.	Durham	(1,00)*	5,37	44 220	237 460
24.	Oxford	0,72	3,87	12 380	47 910
25.	Peel	(0,80)*	4,30	94 600	406 780
26.	Perth	0,48	2,58	11 560	29 825
27.	Peterborough	0,69	3,70	16 725	61 880
28.	Renfrew	1,66	8,91	14 160	126 165
29.	Eastern Ontario	1,47	7,89	26 105	205 970
30.	Simcoe	1,03	5,53	36 510	201 900
31.	Sudbury	2,12	11,38	36 105	410 875
32.	Thunder Bay	1,04	5,58	25 680	143 295
33.	Timiskaming	(2,00)*	10,74	6 845	73 515
34.	Waterloo	0,72	3,87	51 465	199 170
35.	Wellington-Dufferin	1,05	5,64	26 240	147 995
36.	Hamilton	1,22	6,55	59 070	386 910
37.	Etobicoke	1,20	6,44	39 330	253 285
38.	North York	0,86	4,62	86 460	399 445
39.	Scarborough	0,92	4,94	76 110	375 985
40.	Toronto	0,88	4,73	70 525	333 585
41.	York City	1,06	5,69	19 825	112 805
42.	York Regional	1,06	5,69	49 860	283 705
43.	East York	0,63	3,38	9 735	32 905
				1 365 848	7 353 200 $

*DONNÉES MANQUANTES SUR LES DCMO OU LES BTC

TABLEAU 8

SUBVENTIONS AUX BUREAUX DE SANTÉ - 2e ANNÉE (en $ constants de 1986)

CODE	BUREAU DE SANTÉ	DCMO, BTC/ par rapport à la moyenne prov.)	MONTANT AJUSTÉ PER CAPITA (7,15 $/enf.)	NOMBRE D'ENFANTS (100 % des 5 à 13 ans + 25 % des 3 et 4 ans	SUBVENTIONS 2e ANNÉE
1.	Algoma	1,33	9,51	22 078	209 962 $
2.	Brant	0,76	5,43	16 370	88 889
3.	Bruce	0,94	6,72	8 560	57 523
4.	Ottawa	0,69	4,93	88 060	434 136
5.	Porcupine	2,56	18,30	19 900	364 170
6.	Elgin St. Thomas	1,19	8,51	12 800	108 928
7.	Windsor	1,06	7,58	45 800	347 164
8.	Grey-Owen Sound	0,79	5,65	11 950	67 517
9.	Haldimand	(0,80)*	5,72	12 840	73 445
10.	Halton	(0,80)*	5,72	43 385	248 162
11.	Hastings	1,07	7,65	21 000	160 650
12.	Huron	0,76	5,43	8 345	45 313
13.	Northwestern	1,44	10,30	11 880	122 364
14.	Kent-Chatham	1,61	11,51	16 245	186 980
15.	Kingston	0,93	6,65	23 865	158 702
16.	Lambton	0,68	4,86	22 015	106 993
17.	Leeds-Grenville	0,91	6,51	21 290	138 598
18.	Middlesex-London	0,51	3,65	44 510	162 461
19.	Muskoka Parry Sound	1,17	8,37	9 870	82 612
20.	Niagara	0,99	7,08	55 260	391 241
21.	North Bay	(1,17)*	8,37	15 395	128 856
22.	Haliburton	1,05	7,51	20 320	152 603
23.	Durham	(1,00)*	7,15	44 220	316 173
24.	Oxford	0,72	5,15	12 380	63 757
25.	Peel	(0,80)*	5,72	94 600	541 112
26.	Perth	0,48	3,43	11 560	39 651
27.	Peterborough	0,69	4,93	16 725	82 454
28.	Renfrew	1,66	11,87	14 160	168 079
29.	Eastern Ontario	1,47	10,51	26 105	274 364
30.	Simcoe	1,03	7,36	36 510	268 714
31.	Sudbury	2,12	15,16	36 105	547 352
32.	Thunder Bay	1,04	7,44	25 680	191 059
33.	Timiskaming	(2,00)*	14,30	6 845	97 883
34.	Waterloo	0,72	5,15	51 465	265 045
35.	Wellington-Dufferin	1,05	7,51	26 240	197 062
36.	Hamilton	1,22	8,72	59 070	515 090
37.	Etobicoke	1,20	8,58	39 330	337 451
38.	North York	0,86	6,15	86 460	531 729
39.	Scarborough	0,92	6,58	76 110	500 804
40.	Toronto	0,88	6,30	70 525	444 307
41.	York City	1,06	7,58	19 825	150 274
42.	York Regional	1,06	7,58	49 860	377 939
43.	East York	0,63	4,50	9 735	43 808
				1 365 848	9 791 376 $

*DONNÉES MANQUANTES SUR LES DCMO OU LES BTC

TABLEAU 9

SUBVENTIONS AUX BUREAUX DE SANTÉ - 3e ANNÉE (en $ constants de 1986)

CODE	BUREAU DE SANTÉ	DCMO, BTC/ par rapport à la moyenne prov.)	MONTANT AJUSTÉ PER CAPITA (4,17 $/enf.)	NOMBRE D'ENFANTS (100 % des 5 à 13 ans + 25 % des 3 et 4 ans	SUBVENTIONS 3e ANNÉE
1.	Algoma	1,33	5,55	22 078	122 533 $
2.	Brant	0,76	3,17	16 370	51 893
3.	Bruce	0,94	3,92	8 560	33 555
4.	Ottawa	0,69	2,88	88 060	253 613
5.	Porcupine	2,56	10,66	19 900	212 134
6.	Elgin St. Thomas	1,19	4,96	12 800	63 488
7.	Windsor	1,06	4,42	45 800	202 436
8.	Grey-Owen Sound	0,79	3,29	11 950	39 316
9.	Haldimand	(0,80)*	3,34	12 840	42 886
10.	Halton	(0,80)*	3,34	43 385	144 906
11.	Hastings	1,07	4,46	21 000	93 660
12.	Huron	0,76	3,17	8 345	26 454
13.	Northwestern	1,44	6,00	11 880	71 280
14.	Kent-Chatham	1,61	6,71	16 245	109 004
15.	Kingston	0,93	3,88	23 865	92 596
16.	Lambton	0,68	2,84	22 015	62 523
17.	Leeds-Grenville	0,91	3,79	21 290	80 689
18.	Middlesex-London	0,51	2,13	44 510	94 806
19.	Muskoka Parry Sound	1,17	4,88	9 870	48 165
20.	Niagara	0,99	4,13	55 260	228 224
21.	North Bay	(1,17)*	4,88	15 395	75 128
22.	Haliburton	1,05	4,38	20 320	89 002
23.	Durham	(1,00)*	4,17	44 220	184 397
24.	Oxford	0,72	3,00	12 380	37 140
25.	Peel	(0,80)*	3,34	94 600	315 964
26.	Perth	0,48	2,00	11 560	23 120
27.	Peterborough	0,69	2,88	16 725	48 168
28.	Renfrew	1,66	6,92	14 160	97 987
29.	Eastern Ontario	1,47	6,13	26 105	160 024 $
30.	Simcoe	1,03	4,30	36 510	156 993
31.	Sudbury	2,12	8,84	36 105	319 168
32.	Thunder Bay	1,04	4,34	25 680	111 451
33.	Timiskaming	(2,00)*	8,34	6 845	57 087
34.	Waterloo	0,72	3,00	51 465	154 395
35.	Wellington-Dufferin	1,05	4,38	26 240	114 931
36.	Hamilton	1,22	5,09	59 070	300 666
37.	Etobicoke	1,20	5,00	39 330	196 650
38.	North York	0,86	3,59	86 460	310 391
39.	Scarborough	0,92	3,84	76 110	292 262
40.	Toronto	0,88	3,67	70 525	258 827
41.	York City	1,06	4,42	19 825	87 626
42.	York Regional	1,06	4,42	49 860	220 381
43.	East York	0,63	2,63	9 735	25 603
				1 365 848	5 711 522 $

*DONNÉES MANQUANTES SUR LES DCMO OU LES BTC

ANNEXE 1

PROCÉDURE RECOMMANDÉE

AUX DIVISIONS DE L'HYGIÈNE DENTAIRE DES BUREAUX DE SANTÉ POUR DÉCELER ET SIGNALER LES POSSIBILITÉS DE MAUVAIS TRAITEMENTS SUBIS PAR DES ENFANTS EN RAISON D'UNE NÉGLIGENCE DE LEUR SANTÉ DENTAIRE

Version révisée : Juillet 1986
Direction de la santé publique
Ministère de la Santé de l'Ontario

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

NOM	REPRÉSENTANT
Dr K. Fitzgerald	Society of Medical Officers of Health of Ontario
M. J. Gillies	Ontario Dental Association
Dr D. MacFarlane	Royal College of Dental Surgeons of Ontario
M. S. Handler	Direction du soutien opérationnel Ministère des Services sociaux et communautaires
Dr T. Hicks Dr A. Glenny Dr N. Farrell	Ontario Society of Public Health Dentists
Mlle J. Thomson Dr K. Ryan (directeur du groupe de travail)	Service des ressources de la santé publique Ministère de la Santé

Introduction

Il existe des maladies dentaires qui peuvent amener les autorités à juger qu'un enfant a besoin de protection au sens de la loi sur la protection et le bien-être des enfants et de leur famille (Loi sur les services à l'enfance et à la famille), si l'enfant ne reçoit pas de traitement même après que ses parents ou son tuteur ont été suffisamment bien informés de son état.

Quand la personne qui est responsable de l'enfant ne fournit pas le traitement ou refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement nécessaire pour guérir, prévenir ou soulager des maux physiques ou la douleur de l'enfant, ou quand l'enfant a subi des maux physiques en raison du défaut de cette personne de lui fournir des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller et de le protéger convenablement, l'enfant a besoin de protection (alinéa 37 (2) a) et e).

Aux termes de l'article 68 de la Loi, subit de mauvais traitements l'enfant ayant besoin de protection aux termes de ces deux alinéas 37 (2) a) et e). L'article 68 prévoit en outre le devoir qui incombe aux citoyens de signaler qu'un enfant a besoin de protection, en précisant que les personnes qui, dans le cours de leurs fonctions professionnelles ou officielles, viennent à apprendre qu'un enfant a subi ou subit de mauvais traitements doivent porter ce fait à l'attention des autorités.

En raison de l'existence de certains programmes de soins dentaires, le personnel des Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé peut examiner des enfants souffrant de maladies dentaires qui, si on leur laissait suivre leur cours, pourraient aboutir à une situation où l'on jugerait que l'enfant a besoin de protection et qu'il "subit de mauvais traitements", de sorte qu'ils seraient tenus de le signaler pour respecter l'article 68 de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille.

Jusqu'à présent, différents Bureaux de santé se sont donné des mécanismes maison pour s'occuper des enfants ayant des besoins immédiats ou urgents de soins dentaires. Ces mécanismes vont de la prestation d'un traitement dentaire complet dans le contexte d'un programme de soins dentaires dispensé par le Bureau de santé jusqu'à des situations où il n'existe aucune ligne de conduite clairement établie, en passant par divers accords conclus avec des organismes locaux du secteur public ou des cercles de bienfaisance.

La procédure recommandée décrit les maladies buccales créant des besoins immédiats et urgents de soins et contient un protocole où est exposée une méthode de suivi de l'enfant, après qu'on a déterminé qu'il a besoin d'être traité.

La définition ou, si l'on préfère, la description de la négligence de la santé dentaire a été arrêtée avec l'aide et l'aval de l'Ontario Dental Association.

Le protocole de suivi des enfants est une procédure simplement recommandée. Quel que soit le mécanisme que voudra adopter chacun des Bureaux de santé, il devrait refléter une attitude positive, axée sur le désir d'aider la famille à résoudre un problème grave, en évitant par-dessus tout l'attitude autocratique qui consisterait à forcer les parents à se conformer à des règles. Le renvoi d'un dossier à la Société de l'aide à l'enfance ne devrait avoir lieu que si toutes les autres avenues ont été explorées dans les délais prévus.

PROBLÈMES BUCCAUX JUSTIFIANT LA PROTECTION DE L'ENFANT

L'enfant est réputé avoir besoin de protection si son père ou sa mère ou son tuteur ne le font pas soigner pour remédier à ses problèmes après en avoir été informés.

CES PROBLÈMES COMPRENNENT :

1. Les besoins immédiats de soins rendus nécessaires par les facteurs suivants :

   a) Douleur - problèmes causant ou ayant fréquemment causé des douleurs dans la période qui a immédiatement précédé l'examen du malade.

   b) Infection -

      1) abcès visible à l'examen visuel et rapports d'abcès ou d'enflures;

      2) gingivite (aiguë) nécessitant des soins immédiats, par exemple une gingivite ulcéreuse nécrosée et toute gingivite suppurante qui pourrait aboutir à un état anormal ou extrême de la muqueuse gingivale.

   c) Hémorragie - la plupart des hémorragies résultant d'une gingivite seraient rangées sous la rubrique "Infection". Il peut aussi y avoir hémorragie à la suite d'un traumatisme, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale buccale.

   d) Traumatisme - zone prémaxillaire, maxillaire supérieur ou maxillaire inférieur traumatisé, pouvant affecter ou non les dents et les structures d'ancrage, y compris les dents primaires cruciales.

e) Pathologie - toutes les pathologies des tissus durs ou mous pour lesquels il est recommandé de procéder à des examens plus poussés et toutes les anomalies ou pathologies du développement susceptibles de devenir graves.

2. Les besoins urgents dus à des conditions pouvant causer de la douleur, de l'infection ou des hémorragies, par exemple :

a) CARIE

1. des dents permanentes

2. des dents primaires - lésions des dents primaires cruciales;

b) MALADIES PÉRIDENTAIRES

- Problèmes péridentaires irréversibles par la pratique de l'hygiène buccale.

PROTOCOLE DE SUIVI DES ENFANTS IDENTIFIÉS PAR LES BUREAUX DE SANTÉ

Cas urgents

ÉTAPES	RESPONSABLE
1. Identification initiale	conseiller en soins dentaires (primaire) infirmière hygiéniste (secondaire) hygiéniste dentaire (primaire) enseignant ou enseignante
2. Évaluation technique	hygiéniste dentaire (directeur, Division de l'hygiène dentaire/dentiste)
3. Prise de contact avec les parents ou le tuteur	envoi d'une carte aux parents ou au tuteur
4. Rappel aux parents ou au tuteur	par téléphone ou par lettre (personnel de la Division de l'hygiène dentaire)
5. Deuxième rappel aux parents ou au tuteur	infirmière hygiéniste
6. Réévaluation	directeur, Division de l'hygiène dentaire/dentiste
7. Décision finale (délai de 2 mois)	Société d'aide à l'enfance

COMMENTAIRES

1re étape : La plupart des cas seront identifiés par des hygiénistes, au fur et à mesure que l'examen de dépistage, le renvoi, le suivi et le recensement auront lieu.

2e étape : Les hygiénistes ont toute la compétence voulue pour faire l'évaluation technique. Dans l'éventualité où ils ne travaillent pas pour un Bureau de santé, la responsabilité de l'évaluation incombe au directeur de la Division de l'hygiène dentaire. Les Bureaux de santé qui emploient des dentistes pour leur programme de traitement pourraient les charger de l'évaluation. D'autre part, les Bureaux de santé dont le directeur de la Division de l'hygiène dentaire est à temps partiel pourraient prendre des dispositions pour confier cette tâche à un dentiste local ayant un cabinet privé.

3e étape : La Division de l'hygiène dentaire pourrait envoyer une carte de renvoi ou une lettre type informant les parents ou le tuteur des besoins de l'enfant, étant dûment précisé que la carte ou la lettre doit être retournée à la Division de l'hygiène dentaire par un dentiste, une fois que le traitement répondant aux besoins urgents de l'enfant sera terminé (voir les annexes A et B).

4e étape : Le personnel de la Division de l'hygiène dentaire communique par téléphone ou par lettre avec les parents ou le tuteur.

5e étape : Si le parent ne réagit pas, l'infirmière hygiéniste assure le suivi voulu (voir l'annexe D).

6e étape : Si les parents ou le tuteur ne respectent pas la règle ou s'ils refusent de le faire, le directeur de la Division de l'hygiène dentaire doit réévaluer la situation et envoyer aux parents ou au tuteur un avis final, par courrier recommandé (voir l'annexe C).

7e étape : Si les parents ou le tuteur persistent dans leur refus, le cas est renvoyé à la Société d'aide à l'enfance.

N.B. :

- À chacune des étapes, il faut entrer en contact avec les parents ou le tuteur. Par exemple, il faut s'assurer que le parent a reçu le premier avis et que le premier suivi a bien été fait avant d'écrire au service de l'infirmière hygiéniste pour demander à celle-ci de faire un rappel. Si les parents ou le tuteur ont été informés par téléphone, il faut noter les détails pertinents (date et heure de l'appel, nom des interlocuteurs, teneur de la conversation, etc.).

- Le système d'aide spéciale servant à assurer le bien-être de la population comporte déjà un mécanisme grâce auquel on peut payer les traitements nécessaires, dans le cas des familles à bas revenu. Il conviendrait donc que les Bureaux de santé et les organismes de bien-être locaux s'informent mutuellement de leurs exigences respectives et s'entendent sur une méthode efficiente de s'occuper des familles qui pourraient avoir accès à leur aide.

PROTOCOLE DE SUIVI DES ENFANTS IDENTIFIÉS PAR LES BUREAUX DE SANTÉ

Cas ayant des besoins immédiats

ÉTAPES	RESPONSABLE
1. Identification initiale	conseiller en soins dentaires (primaire) infirmière hygiéniste (secondaire) hygiéniste dentaire (primaire) enseignant ou enseignante
2. Évaluation technique	hygiéniste dentaire (directeur, Division de l'hygiène dentaire/dentiste)
3. Prise de contact avec les parents ou le tuteur	par téléphone ou par lettre (ou par téléphone avec confirmation par lettre) même jour (personnel de la Division de l'hygiène dentaire)
4. Rappel aux parents ou au tuteur	dans les 7 jours (personnel du département de médecine dentaire)
5. Deuxième rappel aux parents ou au tuteur	infirmière hygiéniste
6. Réévaluation	directeur, Division de l'hygiène dentaire/dentiste
7. Décision finale (délai de 2 semaines)	Société d'aide à l'enfance

COMMENTAIRES

Étapes 1 à 7 : Voir les "Commentaires du tableau des "Cas urgents"

EXEMPLE DE LETTRE (PROJET) ANNEXE A DATE

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ ÉCOLE/ANNÉE : ____

ADRESSE : _____ NO DE TÉL. : _____

Monsieur/Madame :

Les responsables du programme de santé de l'école ont constaté que _____ avait des besoins urgents de soins dentaires. Compte tenu de la procédure recommandée par le ministère de la Santé et par les dentistes, les soins devraient commencer dans les deux mois, pour ne pas enfreindre la Loi sur les services à l'enfance et à la famille.

Le Bureau de santé vous demande de bien vouloir laisser la partie inférieure de cette lettre chez votre dentiste quand celui-ci soignera _____. Le dentiste nous renverra la formule pour confirmer que le traitement nécessaire a été dispensé et pour que nous puissions mettre nos dossiers à jour. Quand vous communiquerez avec votre dentiste, prenez soin de lui dire que vous avez reçu cette lettre, afin qu'il puisse voir _____ le plus vite possible.

Si vous avez de la difficulté à trouver un dentiste ou si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à communiquer immédiatement avec le Bureau de santé.

Veuillez agréer, Monsieur/Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Le directeur de la Division de l'hygiène dentaire,

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ ÉCOLE/ANNÉE : ____

ADRESSE : _____ NO DE TÉL. : _____

Monsieur/Madame,

Quand vous commencerez à traiter cet enfant, veuillez signer la formule et la retourner au Bureau de santé.

L'enfant dont le nom figure ci-dessus est venu à mon cabinet et il recevra le traitement voulu.

_____ _____

DATE SIGNATURE

_____

VEUILLEZ INSCRIRE VOTRE NOM EN LETTRES MOULÉES

S.V.P. nous retourner cette formule le plus tôt possible.

EXEMPLE DE LETTRE (PROJET) ANNEXE B DATE

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ ÉCOLE/ANNÉE : ____

ADRESSE : _____ NO DE TÉL. : _____

Monsieur/Madame :

Les responsables du programme de santé de l'école ont constaté que _____ avait des besoins urgents de soins dentaires. Compte tenu de la procédure recommandée par le ministère de la Santé et par les dentistes, les soins devraient commencer dans les deux mois, pour ne pas enfreindre la Loi sur les services à l'enfance et à la famille.

Le Bureau de santé vous demande de bien vouloir laisser la partie inférieure de cette lettre chez votre dentiste quand celui-ci soignera _____. Le dentiste nous renverra la formule pour confirmer que le traitement nécessaire a été dispensé et pour que nous puissions mettre nos dossiers à jour. Quand vous communiquerez avec votre dentiste, prenez soin de lui dire que vous avez reçu cette lettre, afin qu'il puisse voir _____ le plus vite possible.

Si vous avez de la difficulté à trouver un dentiste ou si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à communiquer immédiatement avec le Bureau de santé.

Veuillez agréer, Monsieur/Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Le directeur de la Division de l'hygiène dentaire,

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ ÉCOLE/ANNÉE : ____

ADRESSE : _____ NO DE TÉL. : _____

Monsieur/Madame,

Quand vous commencerez à traiter cet enfant, veuillez signer la formule et la retourner au Bureau de santé.

L'enfant dont le nom figure ci-dessus est venu à mon cabinet et il recevra le traitement voulu.

_____ _____

DATE SIGNATURE

_____

VEUILLEZ INSCRIRE VOTRE NOM EN LETTRES MOULÉES

Veuillez nous téléphoner pour nous aviser dans les 24 heures et retournez-nous la formule dûment remplie le plus tôt possible.

EXEMPLE DE LETTRE (PROJET) ANNEXE C DATE

NOM DE L'ENFANT : _____ ÂGE : ____

ADRESSE : _____ ÉCOLE : _____

OBJET : BESOIN IMMÉDIAT DE TRAITEMENTS DENTAIRES

Dans le cadre de notre programme de dépistage des maladies dentaires, _____, l'hygiéniste dentaire du Bureau de santé, a constaté chez _____ un état qui nécessite les services professionnels d'un dentiste. Nous avons communiqué avec vous en vous faisant parvenir une lettre à votre domicile par _____, puis par téléphone et par la poste en deux occasions : _____.

Dans un cas comme celui-ci, nous sommes légalement tenus de saisir les autorités de la situation, conformément aux lignes directrices établies par le ministère de la Santé et par le ministère des Services sociaux et communautaires.

Au meilleur de notre connaissance, l'enfant n'a pas encore reçu les traitements que nécessitaient les besoins urgents que nous avons constatés et dont nous vous avons informés. La présente lettre est notre dernière démarche pour vous encourager à visiter un dentiste de votre choix avec l'enfant. Si vous ne le faites pas et si nous n'avons pas de vos nouvelles dans les _____ jours, la Loi sur les services à l'enfance et à la famille nous oblige à saisir les autorités des Services à la famille de la situation.

Je puis vous assurer que tout ce qui nous intéresse, c'est le bien de votre enfant; si nous prenons des mesures, c'est pour son bien et c'est aussi pour respecter nos obligations en vertu de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille.

Sincèrement,

Le directeur de la Division de l'hygiène dentaire,

EXEMPLE DE LETTRE (PROJET) ANNEXE D

Lignes directrices proposées aux Divisions de l'hygiène publique pour signaler les possibilités de mauvais traitements subis par les enfants à la suite d'une négligence de leur état de santé dentaire.

---

1. Protocole de renvoi

La Division de l'hygiène dentaire renvoie le cas de l'enfant ayant des besoins de traitements dentaires au directeur de la Division de l'hygiène publique.

Le renvoi contient les renseignements suivants :

- identification de l'enfant
- raison du renvoi
- tâche de l'infirmière hygiéniste
- famille informée ou non du renvoi
- délais
- rapport à renvoyer - OUI NON
- nom de la personne ou du département faisant le renvoi

2. Visite de l'infirmière hygiéniste à la famille

L'infirmière hygiéniste se rend dans la famille pour déterminer le problème et pour aider les parents ou le tuteur à le résoudre. Son intervention peut l'amener à renvoyer le cas à l'organisme approprié, par exemple si le problème est dû à des difficultés financières.

3. Solution du problème

a) Si le problème est résolu, l'infirmière hygiéniste fait rapport de ses constatations à la Division de l'hygiène dentaire; le renvoi s'arrête là.

b) Si la famille est disposée à faire le nécessaire, mais que l'infirmière hygiéniste n'a pas réussi à lui procurer les ressources financières voulues, elle en informe la Division de l'hygiène dentaire, qui assume la responsabilité de la situation.

c) Si tous les obstacles ont été surmontés et si l'on a tout fait pour résoudre le problème sans y parvenir dans les délais prescrits, autrement dit si les parents ou le tuteur n'ont pas encore vu à ce que l'enfant reçoive les traitements dentaires recommandés, l'infirmière hygiéniste le signale immédiatement à la Division de l'hygiène dentaire.

ANNEXE 2

PROBLÈMES BUCCAUX JUSTIFIANT LA PROTECTION DE L'ENFANT

L'enfant est réputé avoir besoin de protection si son père ou sa mère ou son tuteur ne le font pas soigner pour remédier à ces conditions après en avoir été informés.

CES PROBLÈMES COMPRENNENT :

1. Les besoins immédiats de soins rendus nécessaires par les facteurs suivants :

   a) Douleur - problèmes causant ou ayant fréquemment causé des douleurs dans la période qui a immédiatement précédé l'examen du malade.

   b) Infection -

      1) abcès visible à l'examen visuel et rapports d'abcès ou d'enflures;

      2) gingivite (aiguë) nécessitant des soins immédiats, par exemple la gingivite ulcéreuse nécrosée et toute gingivite suppurante qui pourrait aboutir à un état anormal ou extrême de la muqueuse gingivale.

   c) Hémorragie - la plupart des hémorragies résultant d'une gingivite seraient rangées sous la rubrique "Infection". Il peut aussi y avoir hémorragie à la suite d'un traumatisme, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale buccale.

   d) Traumatisme - zone prémaxillaire, maxillaire supérieur ou maxillaire inférieur traumatisé, pouvant affecter ou non les dents et les structures d'ancrage, y compris les dents primaires cruciales.

e) Pathologie - toutes les pathologies des tissus durs ou mous pour lesquels il est recommandé de procéder à des examens plus poussés et toutes les anomalies ou pathologies du développement susceptibles de devenir graves.

2. Les besoins urgents dus à des conditions pouvant causer de la douleur, de l'infection ou des hémorragies, par exemple :

a) CARIE

1. des dents permanentes

2. des dents primaires - lésions des dents primaires cruciales;

b) MALADIES PÉRIDENTAIRES

- Problèmes péridentaires irréversibles par la pratique de l'nygiène buccale.

ANNEXE 3

ONTARIO SOCIETY OF PUBLIC HEALTH DENTISTS

PROJET
POUR DISCUSSION SEULEMENT

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES POUR UNE POPULATION CHOISIE D'ENFANTS DE L'ONTARIO

Par :

Comité des traitements dentaires
Ontario Society of Public Health
Dentists
9 avril 1985

SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS DE L'ONTARIO

INTRODUCTION

Il y a en Ontario des enfants qui ne reçoivent pas les soins élémentaires nécessaires à leur santé dentaire. L'expérience acquise au cours des deux dernières années grâce aux programmes de dépistage, de renvoi, de suivi et de recensement des Bureaux de santé a révélé que, même si ces enfants ne représentent peut-être qu'une infime proportion de la population totale des enfants, il est extrêmement difficile et souvent impossible pour leur famille de leur faire donner des soins dentaires de base. Dans la plupart des cas, le facteur limitatif est le manque d'argent.

Pour diverses raisons, les taux de maladies dentaires des enfants de l'Ontario sont les plus bas du Canada. Si l'on ajoute à cela que l'accès aux soins est meilleur que jamais, que beaucoup de familles disposent d'une assurance pour les tiers (environ 60 à 65 p. 100) et que la prospérité est générale, la province n'aura sans doute pas besoin de mettre en oeuvre un programme universel complet d'assurance dentaire pour les enfants de l'Ontario, à seule fin de résoudre les problèmes urgents, voire immédiats, d'un infime pourcentage d'enfants.

CHAMP D'APPLICATION

Essentiellement, il y a deux façons de constituer un régime de soins dentaires pour les enfants :

1) universalité
2) clientèle choisie

Universalité

Il y a des arguments économiques, philosophiques et politiques pour et contre l'universalité d'un régime de soins dentaires pour les enfants. D'ailleurs, à d'autres périodes, on aurait fort bien pu instaurer un régime universel d'assurance dentaire. Pour les années 80, compte tenu des grandes contraintes budgétaires manifestes à tous les niveaux de gouvernement, il semblerait que l'universalité ne soit pas une solution viable. Au départ, on pourrait commencer par instaurer un processus grâce auquel tous les enfants de l'Ontario auraient accès sans difficulté à des soins dentaires de base.

Clientèle choisie

Un régime destiné à une clientèle choisie optimiserait l'utilisation de ressources financières limitées, tout en assurant à chaque enfant des soins dentaires adéquats. Les enfants admissibles seraient ceux qui :

- ont des besoins aigus ou urgents
- sont issus de familles à revenu marginal
- se situent dans la fourchette d'âge admissible et
- ne bénéficient pas de prestations d'allocations familiales ou d'une assurance dentaire distincte.

ESTIMATIONS DE LA POPULATION ET DES COÛTS

Les Divisions de l'hygiène dentaire des Bureaux de santé qui ont assuré les services de renvoi et de suivi conformément à la procédure recommandée par le ministère de la Santé ont constaté que de 2 à 4 p. 100 des enfants ont des besoins aigus ou urgents de soins dentaires que leur famille ne peut pas leur payer.

Nous estimons par conséquent, en nous fondant essentiellement sur l'expérience acquise, qu'environ 3 p. 100 des enfants sont vulnérables. Étant donné que la population ontarienne compte environ 2 125 000 enfants âgés de 0 à 16 ans révolus, 63 750 enfants auraient donc besoin d'une aide organisée d'une façon ou d'une autre.

Toutefois, étant donné qu'il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant d'identifier ces enfants au niveau du secondaire, il est proposé que le programme commence par s'adresser aux 0 à 13 ans, en ajoutant chaque année le groupe d'âge supérieur, jusqu'à ce qu'on puisse l'appliquer à tous les enfants de 0 à 16 ans révolus.

Nous prévoyons que le programme ne s'appliquerait qu'à environ 25 p. 100 des 0 à 4 ans (en raison des besoins de traitement minimes des enfants de ce groupe d'âge), tandis que les 5 à 13 ans seraient représentés dans une proportion d'au moins 90 p. 100 (en raison de la procédure de suivi). D'autre part, le programme ne toucherait pas plus de 60 p. 100 des 14 à 16 ans, étant donné qu'il n'y aurait pas d'examen de dépistage et que les adolescents vont voir le dentiste d'eux-mêmes.

À la longue, on aboutirait aux chiffres suivants, le coût total du programme étant calculé en fonction d'un coût moyen du traitement par enfant de 200 $ et de 300 $. À 200 $, le traitement ne s'appliquerait qu'à des cas précis aigus ou urgents, tandis qu'à 300 $, on ajouterait à cela les examens, les radiographies et les autres traitements électifs de base

dont la plupart des enfants auraient aussi besoin (p. ex., le traitement de lésions mineures). Le chiffre de 300 $ est le plus réaliste des deux dans le contexte d'un renvoi à des chirurgiens-dentistes exerçant au privé, qui sont tenus d'examiner le patient et de prendre des radiographies, étant donné aussi qu'il faut tenir compte de la philosophie de la médecine dentaire préventive, qui consiste à traiter les lésions le plus tôt possible, avant qu'elles ne s'aggravent.

Année	Nombre d'enfants	Âge	Coût 200 $	Coût 300 $
1	33 187	0-13	6 637 400	9 956 100
2	35 437	0-14	7 087 400	10 631 100
3	37 687	0-15	7 537 400	11 306 100
4	39 937	0-16	7 987 400	11 981 100

Les coûts sont calculés en dollars constants de 1985, sans qu'il soit tenu compte de la réduction du coût par patient correspondant au traitement de routine faisant suite à la série de traitements initiaux.

MODALITÉS

1. Identification des patients - Programmes d'examen de dépistage des Bureaux de santé (tous les enfants de 5, 7, 9, 11 et 13 ans), ou à la demande des parents ou du tuteur des enfants admissibles, selon l'année du programme du régime.

   - suivi et prévention par le Bureau de santé, conformément à la procédure actuellement recommandée.

   - si la famille de l'enfant déclare éprouver des difficultés financières, on évalue sa capacité de payer. Cette tâche pourrait être confiée à :

     1) l'organisme local de services sociaux
     2) au Bureau de santé, avec les critères (et les conseils) des services sociaux.

2. Traitement - Par renvoi à un praticien privé ou à une clinique de santé, s'il y en a une. Le patient doit recevoir une Carte de traitement valable

   a) pour 4 mois ou
   b) jusqu'à la fin des traitements nécessaires

   À la fin du traitement, le dentiste doit renvoyer la Carte à l'organisme payeur, en même temps que sa facture finale.

   Après la première année, le patient fait annuellement l'objet d'un examen de dépistage réalisé par le Bureau, étant donné qu'il est "très vulnérable". L'admissibilité au renvoi à un dentiste est maintenue si l'enfant a

toujours besoin de soins et si sa famille produit une déclaration attestant que sa situation financière ne s'est pas améliorée depuis la dernière évaluation.

3. Financement - Quelle que soit la formule de paiement retenue, les traitements approuvés par le ministère de la Santé sont subventionnés à 100 p. 100 (voir l'annexe).

4. Méthodes de paiement

1) Mécanisme administré par une tierce partie (système analogue à celui de l'accord actuel entre l'ODA et le MSSC), avec tarifs négociés.

2) Octroi au service de santé de 100 p. 100 du coût du programme, y compris les traitements en clinique (au prix coûtant).

1re possibilité : Une fois que la Division de l'hygiène dentaire du Bureau de santé a approuvé le traitement (l'enfant satisfait aux critères des besoins urgents et du niveau de revenu familial), le praticien privé dispense les services de base approuvés et envoie sa réclamation à l'organisme payeur. Celui-ci reçoit des frais d'administration négociés. Si c'est le Bureau de santé qui assure le traitement, il envoie une facture à l'organisme payeur en faisant état de ses frais "ordinaires et habituels" jusqu'à concurrence du montant prévu dans une échelle de tarifs approuvés.

2e possibilité : Toutes les Divisions de l'hygiène dentaire disposent des fonds nécessaires pour payer les services de base dispensés aux enfants admissibles par des praticiens privés. Le Bureau de santé présente annuellement un budget correspondant à ses besoins prévus pour cette période de douze mois.

Les Bureaux de santé qui assureraient directement les traitements dans leur propre clinique recevraient des fonds calculés de façon à leur permettre d'offrir aux enfants admissibles les services de base approuvés, compte tenu de leurs frais "ordinaires et habituels".

5. Services de prévention - Services dispensés aux enfants admissibles par le personnel du Bureau de santé dans le contexte du programme d'application topique de fluorure et d'hygiène buccale mis en oeuvre en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé. Ces services seraient renforcés par l'ajout d'un volet éducatif destiné au père ou à la mère ou au tuteur de l'enfant, afin de ne pas perdre l'effort investi pour assurer la santé dentaire de l'enfant.

6. Élèves du secondaire - Services applicables à l'enfant jugé admissible dans son groupe d'âge au primaire, sur demande d'examen présentée par ses parents ou son tuteur, pourvu que l'enfant satisfasse toujours, physiquement et financièrement, aux critères d'admissibilité. L'enfant reçoit une pièce d'identité lui donnant droit à une visite par année au dentiste de son choix, qu'il dispense les services de traitement de base approuvés. La famille de l'enfant doit signer une déclaration attestant que sa situation financière ne s'est pas améliorée depuis la dernière évaluation.

   On distribue de la documentation dans les écoles secondaires pour informer les élèves de l'aide dont ils pourraient se prévaloir au besoin.

7. Services de conseillers dentaires - L'importance du recours accru aux praticiens privés est un fait reconnu. Il est reconnu aussi que ce programme serait relié de près aux services de conseillers dentaires du ministère de la Santé et qu'il pourrait mener à une réduction de ces services dans certains secteurs de la province. Le service du programme des régions partiellement desservies du ministère de la Santé prépare actuellement des plans en ce sens.

ANNEXE

SERVICES APPROUVÉS

EXAMEN

Examen buccal complet - 1 tous les 12 mois
Examen d'urgence
Radiographie interproximale - 1 tous les 12 mois
Radiographie intra-orale - au besoin

SERVICES DE RESTAURATION

Restaurations en amalgame
Restaurations en silicate ou en composite
Couronnes en acier inoxydable
Couronnes en polycarbonate
Tenons par restauration

SERVICES ENDODONTIQUES

Coiffage de pulpe
Pulpotomie
Traitement de canal

SERVICES CHIRURGICAUX

Ablation de dents ayant fait éruption
Ablation chirurgicale
Ablation de racines résiduelles

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 516/84

adopté en vertu de la Loi de 1983 sur la protection et la promotion de la santé

SERVICES ET PROGRAMMES DE SANTÉ DANS LES ÉCOLES

1. Les programmes et services de santé énumérés dans la Colonne 1 du Tableau sont prescrits pour les fins du paragraphe 6 (1) de la Loi, pour la classification des élèves figurant en regard, à la Colonne 2 du Tableau.

TABLEAU

P	COLONNE 1 Programmes et services de santé	COLONNE 2 Classification des élèves
1.	Un examen médical comportant : a) l'historique de l'état de santé et des vaccinations de l'élève, obtenu en interrogeant ses parents ou son tuteur; b) des examens de l'acuité visuelle et auditive de l'élève; et c) l'observation et la consignation par écrit de toute anormalité.	Élève commençant l'école.
2.	Conseils à un parent ou au tuteur de l'élève pour l'inviter à consulter un médecin de famille, un optométriste, un ophtalmologiste, un oto-rhino-laryngologiste ou un audiologiste.	Élève mentionné au point 1 ci-dessus et pour lequel l'examen a révélé un problème de santé.
3.	Deux examens de la vue en plus de ceux que l'élève a subis au point 1, pour identifier les troubles visuels le plus tôt possible.	Élèves de la troisième à la huitième année ou les élèves ayant entre 8 et 13 ans pour lesquels il s'est écoulé au moins trois ans entre la deuxième et le troisième examen de la vue.
4.	Conseils à un parent ou au tuteur de l'élève pour l'inviter à consulter un médecin de famille, un optométriste ou un ophtalmologiste.	Élève mentionné au point 3 et pour lequel l'examen semble avoir révélé un trouble de la vue.
5.	Examen de l'ouïe, en plus de l'examen subi au point 1, pour dépister les troubles de l'ouïe le plus tôt possible.	Élève inscrit en deuxième année, ou inscrit à l'école pour une deuxième année.
6.	Conseils à un parent ou au tuteur de l'élève pour l'inviter à consulter un médecin de famille, un oto-rhyno-laryngologiste ou un audiologiste.	Élève mentionné au point 5 et pour lequel l'examen semble avoir révélé un trouble de l'ouïe.
7.	Services de counselling sur des questions de santé.	Élèves du primaire et du secondaire.
8.	Services de spécialistes et communication d'information sur les questions de santé.	Élèves du primaire et du secondaire.
9.	Évaluation du dossier de vaccination de l'élève.	Élèves commençant l'école en Ontario.
10.	Vaccination contre les maladies désignées aux termes de la Loi de 1982 sur l'immunisation des élèves.	Élèves commençant l'école en Ontario et n'ayant pas été immunisés conformément aux dispositions de la Loi de 1982 sur l'immunisation des élèves et des règlements qui en découlent.
11.	Programme d'application de fluorure (utilisation toutes les semaines et tous les quinze jours d'un rince-bouche au fluorure à l'école même, ou fourniture de fluorure en doses quotidiennes ou de supplément(s) de fluorure.	Élèves de la 1re à la 8e année dans les écoles où la concentration de fluorure dans le système d'approvisionnement en eau est inférieure à 0,7 ppm.
12.	Examen dentaire de dépistage (examen des dents et des tissus de la cavité buccale).	Élèves de 5, 7, 9, 11 et 13 ans.
13.	Conseils à un parent ou au tuteur de l'élève pour l'inviter à consulter un dentiste.	Élève mentionné au point 12 et pour lequel l'examen a révélé un besoin de soins dentaires.
14.	Application topique de fluorure sur une base individuelle, avec des conseils sur la santé dentaire.	Élèves ayant de nombreuses caries, du jardin d'enfants à la 8e année.
15.	Programme de sensibilisation à la santé dentaire comprenant au moins les éléments suivants : 1. information sur la nutrition; 2. information sur de bonnes habitudes dentaires et sur l'importance de consulter régulièrement un dentiste; 3. instruction sur les causes des caries dentaires et sur les maladies périodontaires ainsi que sur la structure et les fonctions des dents, pour les élèves de chaque année, à chaque année scolaire (au total 30 minutes par année).	Élèves du jardin d'enfants à la 8e année.
16.	Instruction sur l'hygiène buccale comprenant notamment, mais non exclusivement, des conseils sur le brossage, l'utilisation de la soie dentaire et la révélation de la plaque dentaire.	Au moins sept séances entre le jardin d'enfants et la 8e année.
17.	Suivi sur les conseils donnés aux points 2, 4, 6 et 13, pour vérifier les mesures prises.	Élève qui, d'après les examens, a un problème de santé.

Règlement de l'Ontario 516-84, p. 1.

2. Pour que la prestation d'un service de santé ou d'un traitement quelconque soit autorisée en vertu du présent Règlement, la Loi exige un consentement avant la prestation du service ou du traitement; la personne dispensant le service doit obtenir ce consentement. Règlement de l'Ontario 516/84, art. 2.

3. Les commissions de santé qui administrent des examens dentaires de dépistage du genre mentionné au point 12 du Tableau communiquent au Ministère toutes les données statistiques recueillies sur l'état de la santé dentaire de[illegible]nte examinée. Règlement de l'Ontario 516/84, art. 3.

NOMENCLATURE ET TARIFS DES SERVICES DENTAIRES

Admissibilité

L'enfant admissible a en sa possession une formule de réclamation (Annexe 9) autorisant les traitements dans le cadre du Régime. Il demeure admissible pendant les six mois qui suivent la délivrance de cette formule.

Services autorisés d'office

Les services énumérés dans la première partie de la Nomenclature peuvent être fournis sans autorisation préalable.

Services dispensés avec autorisation seulement

Les services énumérés dans la seconde partie de la Nomenclature doivent être autorisés au préalable. La demande d'autorisation est envoyée au Bureau de santé à l'aide de la formule normalisée de demande d'autorisation de l'ODA (Annexe 10). La demande est évaluée par un comité local**.

Tarifs

Le dentiste devrait réclamer son tarif habituel. Les demandes de paiement seront honorées jusqu'à concurrence de 90 p. 100 du montant prévu dans le Guide en vigueur des tarifs suggérés de l'Ontario Dental Association pour les services ponctuels, et jusqu'à concurrence de 80 p. 100 du montant suggéré dans le Guide pour les services supplémentaires dans le même quadrant. Les Bureaux de santé peuvent aussi rembourser le dentiste à la journée ou au trimestre, sous réserve d'ententes spéciales.

Le paiement sera autorisé jusqu'à concurrence de 120 p. 100 du tarif suggéré pour les dentistes généralistes dans le cas des enfants renvoyés par leur dentiste à un spécialiste qui leur dispense les soins voulus.

**Comité consultatif de l'association locale des dentistes

Le Comité est présidé par le directeur de la Division de l'hygiène dentaire du Bureau de santé et comprend au moins un représentant nommé par l'association locale et disposé à siéger à titre bénévole. Le Comité se réunit régulièrement pour passer en revue les demandes d'autorisation présentées par les dentistes désireux de dispenser des services aux enfants admissibles.

Modalités de réclamation

Les demandes de paiement doivent être présentées au Bureau de santé sur la formule de réclamation elle-même (ou sur une facture jointe à ladite formule) dans les 6 mois qui suivent la délivrance de la formule. Celle-ci doit être remplie à l'aide des codes internationaux normalisés des dents et des services. Les duplicatas des formules de réclamation doivent porter clairement la mention "Duplicata".

Autres renseignements à inscrire sur la formule de réclamation

Afin que les autorités puissent vérifier que les enfants identifiés se prévalent du programme et reçoivent les soins voulus, le dentiste doit préciser sur la formule la situation de l'enfant, à l'aide des codes suivants :

(à préciser ultérieurement)

Services d'urgence

Quand un enfant se présente à son cabinet pour y recevoir des soins d'urgence, le dentiste lui dispense tous les soins nécessaires pour soulager sa douleur et pour traiter son infection ou son traumatisme. Il se fait rembourser selon sa méthode habituelle. Si le père, la mère ou le tuteur de l'enfant déclare être incapable de payer les soins, le cabinet du dentiste devrait communiquer avec la Division d'hygiène dentaire du Bureau de santé. Si la famille est jugée admissible, le Bureau de santé envoie la formule de réclamation au bureau du dentiste. S'il lui faut dispenser d'autres services énumérés dans la Nomenclature, le dentiste pourra le faire dès qu'il aura reçu la formule de réclamation.

Formules de réclamation

Les formules où l'information est inexacte, illisible ou manquante seront renvoyées au dentiste pour être corrigées. Les formules remplies et les demandes d'autorisation de procéder à des services énumérés dans la seconde partie de la Nomenclature doivent être adressées, comme les demandes de renseignement, à :

(nom et adresse du directeur de la Division de l'hygiène dentaire du Bureau de santé)

PREMIÈRE PARTIE

SERVICES AUTORISÉS D'OFFICE

ODA Code	Service
	DIAGNOSTIC
	EXAMEN BUCCAL CLINIQUE EXAMEN BUCCAL COMPLET
	a) Établissement d'un dossier médical et dentaire b) Examen clinique des tissus durs et mous, incluant les annotations au dossier des caries et des dents manquantes, la localisation et la profondeur des poches péridentaires, la configuration des gencives, la mobilité des dents, l'interrelation des contacts interproximaux, l'occlusion, les tests de vitalité de la pulpe, si nécessaire, et toute autre observation pertinente.
	EXAMENS
	Noter que le code 01300 (examen d'urgence) est le seul qui sera autorisé pour les traitements de chirurgie buccale et maxillofaciale.
01110	Dentition primaire Examen buccal clinique comme ci-dessus
01120	Dentition mixte Examen buccal clinique comme ci-dessus
01130	Dentition permanente Examen buccal clinique comme ci-dessus
01200	Examen buccal de rappel ou périodique Examen des tissus durs et mous, y compris la vérification de l'occlusion et des appareils (les radiographies ont des codes et des tarifs distincts).
01300	Examen d'urgence Examen d'un aspect particulier : carie, maladie péridentaire, état orthodontique ou tout autre facteur pertinent **OU**
01400	Examen d'un aspect particulier : carie, maladie péridentaire, état orthodontique ou tout autre facteur pertinent.

UDA Code	Service
	RADIOGRAPHIES (Examen radiographique et interprétation des pellicules)
	FILMS INTRA-ORAUX
	(cinq pellicules périapicales ou une pellicule 02600 seulement autorisées par période de douze mois)
02111	Une pellicule périapicale
02112	Deux pellicules périapicales
02113	Trois pellicules périapicales
02114	Quatre pellicules périapicales
02115	Cinq pellicules périapicales
	(deux pellicules interproximales seulement autorisées par période de six mois)
02141	Une pellicule interproximale
02142	Deux pellicules interproximales
	FILMS EXTRA-ORAUX
02600	Pellicule panoramique (tenant lieu de 5 pellicules périapicales).
	PRÉVENTION
13600	Contrôle de la carie, des traumatismes et de la douleur (ablation de caries ou de restaurations existantes et mise en place de pansements sédatifs ou protecteurs). Donner le code pour la surface. (Noter que, pour le service 13600, il faut attendre 7 jours avant la mise en place de la restauration définitive.)
13401	Scellants de puits et de fissures - première dent (première et deuxième molaires permanentes seulement).
13404	Chaque dent additionnelle dans le même quadrant (première et deuxième molaires permanentes seulement).
	RESTAURATION
	Note 1 - Service autorisé une fois tous les six mois. On ne paiera pas le service dispensé pour la même surface plus d'une fois au cours de cette période.

ODA Code	Service
	Note 2 - Si, au cours d'une même séance, pour des raisons de conservation, deux restaurations séparées incluant une surface commune sont effectuées sur la même dent, l'opération devrait être considérée comme une seule restauration lorsqu'on déterminera les honoraires.
	Note 3 - Afin d'être payé pour les restaurations, il faut inclure le code approprié, le code international de la dent et les noms des surfaces restaurées.
	Note 4 - Pour les dents surnuméraires, utiliser le code "99". Quadrants - il y a quatre quadrants (maxillaires supérieur et inférieur gauche et droit, du milieu du maxillaire jusqu'à la dernière molaire) ainsi que deux segments antérieurs, un par maxillaire (d'une canine à l'autre, pour le maxillaire supérieur et pour le maxillaire inférieur), ce qui donne six "sextants" lorsque vient le moment de déterminer la réduction d'honoraires pour les services dispensés sur plusieurs dents.
CODE	RESTAURATIONS EN AMALGAME, EN ACIER INOXYDABLE PRÉFABRIQUÉ ET EN POLYCARBONATE
	a) Dents primaires (le maximum autorisé par dent correspond aux honoraires pour quatre surfaces et pour 2,0 unités de temps).
21101	Amalgame - une surface
21102	Amalgame - deux surfaces
21103	Amalgame - trois surfaces
21104	Amalgame - quatre surfaces
21105	Amalgame - cinq surfaces
	b) Dents antérieures et prémolaires permanentes (le maximum autorisé par dent correspond aux honoraires pour quatre surfaces et pour 2,0 unités de temps).
21211	Amalgame - une surface
21212	Amalgame - deux surfaces
21213	Amalgame - trois surfaces
21214	Amalgame - quatre surfaces
21215	Amalgame - cinq surfaces

ODA Code	Service
	c) Molaires permanentes (le maximum autorisé par dent correspond aux honoraires pour quatre surfaces et pour 2,0 unités de temps).
21221	Amalgame - une surface
21222	Amalgame - deux surfaces
21223	Amalgame - trois surfaces
21224	Amalgame - quatre surfaces
21225	Amalgame - cinq surfaces
	RESTAURATIONS AVEC COUVERTURE COMPLÈTE Les honoraires exigés pour les couronnes comprennent la préparation nécessaire.
21403	Acier inoxydable préfabriqué - dent postérieure primaire
21413	Acier inoxydable préfabriqué - dent postérieure permanente
21421	Couronne en polycarbonate - dent antérieure primaire
	RESTAURATIONS EN COMPOSITE (le maximum autorisé par dent correspond aux honoraires pour une classe IV).
23101	*Classe I ou V *Voir la note 1 sous la rubrique RESTAURATIONS EN AMALGAME
23102	Classe III
23103	Classe IV
	Restaurations en composite avec la technique acide-liant (le maximum autorisé par dent correspond aux honoraires pour une double Classe IV).
23111	*composite avec la technique acide-liant - Classe I ou V *Voir la note 1 sous la rubrique RESTAURATIONS EN AMALGAME
23112	composite avec la technique acide-liant - Classe III
23113	composite avec la technique acide-liant - Classe IV
23114	composite avec la technique acide-liant, double Classe IV (plan mésial, incisif et distal)

UDA Code	Service
	Restaurations en composite (prémolaires seulement) (le maximum autorisé par dent correspond aux honoraires pour quatre surfaces)
23201	Postérieures, une surface en composite
23202	Postérieures, deux surfaces en composite
23203	Postérieures, trois surfaces en composite
23204	Postérieures, quatre surfaces en composite
	Restaurations en composite avec la technique acide-liant (prémolaires seulement) (le maximum autorisé par dent correspond aux honoraires pour quatre surfaces)
23221	Postérieures, une surface, en composite, avec la technique acide-liant
23222	Postérieures, deux surfaces, en composite, avec la technique acide-liant
23223	Postérieures, trois surfaces, en composite, avec la technique acide-liant
23224	Postérieures, quatre surfaces, en composite, avec la technique acide-liant
	AUTRES SERVICES DE RESTAURATION
29100	Recimentation d'incrustations ou de couronnes
29300	Ablation d'un incrustation ou d'une couronne
	ENDODONTIE
	PULPOTOMIE Note 1. Sur antérieures et prémolaires permanentes vivantes seulement 2. Pas sur une pulpectomie
32201	Pulpotomie sur antérieures ou prémolaires permanentes vivantes
32211	Pulpotomie sur dents primaires vivantes
	TRAITEMENT DE CANAL Comprend le plan de traitement, les procédures cliniques avec les radiographies appropriées et le traitement de suivi, mais exclut la restauration finale.

ODA Code	Service

Notes

1. Afin de faciliter la détermination des honoraires, chaque procédure clinique est codée après chaque service. Il ne devrait pas y avoir de ventilation sur la formule de réclamation.
2. Quand la procédure clinique doit être RÉPÉTÉE, le noter.
3. Antérieures et prémolaires permanentes seulement.
4. Un seul traitement est autorisé par dent pour les codes 33100, 33120 et 33501.
5. Les honoraires doivent être modifiés si une procédure (ou davantage) est éliminée ou modifiée.
6. Facturer sur la formule de réclamation À LA FIN du traitement.
7. Si, en raison de circonstances particulières, le traitement n'est pas entièrement terminé, envoyer une facture intérimaire en fournissant les détails pertinents dans la case "Réservé au dentiste" de la formule de réclamation.

33100	Un canal, racine complètement développée Pulpectomie - un canal, racine complètement développée Préparation biomécanique, un canal, racine complètement développée Chimiothérapie ou traitement de canal Obturation, un canal, racine complètement développée
33120	Un canal, racine partiellement développée Pulpectomie - un canal, racine partiellement développée Préparation biomécanique, un canal, racine partiellement développée Chimiothérapie, un canal, racine partiellement développée Obturation, un canal, racine partiellement développée
33200	Deux canaux, racines complètement développées Pulpectomie, deux canaux Préparation biomécanique, deux canaux Chimiothérapie, deux canaux Obturation, deux canaux

ODA Code	Service
PREMIÈRE PARTIE	
33220	Deux canaux, racines partiellement développées, Pulpectomie, deux canaux, racines partiellement développées Préparation biomécanique, deux canaux, racines partiellement développées Chimiothérapie, deux canaux, racines partiellement développées Obturation, deux canaux, racines partiellement développées
33300	Trois canaux, racines complètement développées Pulpectomie, trois canaux Préparation biomécanique, trois canaux Chimiothérapie, trois canaux Obturation, trois canaux
33501	Apexification - un canal Préparation biomécanique de la racine partiellement développée, un canal Chimiothérapie, un canal Obturation, un canal
33502	Apexification - deux canaux Préparation biomécanique de la ou des racines partiellement développées, deux canaux Chimiothérapie, deux canaux Obturation, deux canaux
33503	Apexification - trois canaux Préparation biomécanique de la ou des racines partiellement développées, trois canaux Chimiothérapie, trois canaux Obturation, trois canaux
	Note : dents surnuméraires Utiliser le code "99"
	PROTHÈSE PARTIELLE AMOVIBLE DE TRANSITION (Maxillaire supérieur ou inférieur)
	Diagnostic a) Examen - voir la série 01000 des services de diagnostic b) Radiographies - voir la série 02000

ODA Code	Service
52120	*Prothèse partielle amovible de transition, maxillaire supérieur, base en acrylique
52121	*Prothèse partielle amovible de transition, maxillaire inférieur, base en acrylique

*Cette terminologie - temporaire, provisoire, plaque palatine, à pression, d'espacement, est fréquemment employée pour décrire les prothèses partielles amovibles de transition, qui servent le plus souvent à remplacer des dents antérieures.

RÉPARATIONS

Examen de diagnostic - voir Diagnostic, 01400

55101	Prothèse du maxillaire supérieur, sans empreinte
55102	Prothèse du maxillaire supérieur, sans empreinte
55103	Partiel du maxillaire supérieur, sans empreinte
55104	Partiel du maxillaire inférieur, sans empreinte
55201	Prothèse du maxillaire supérieur, avec empreinte
55202	Prothèse du maxillaire inférieur, avec empreinte
55203	Partiel du maxillaire supérieur, avec empreinte
55204	Partiel du maxillaire inférieur, avec empreinte
55520	Additions de structure à un partiel du maxillaire supérieur
55530	Additions de structure à un partiel du maxillaire inférieur
55700	Nettoyage et polissage d'une prothèse

ODA
Code Service

CHIRURGIE BUCCALE

NOTE : Toute chirurgie doit être précédée des actes diagnostiques appropriés.

Examen - Voir la série 01000, Diagnostic

Radiographies - Voir la série 02000

Le tarif pour un acte chirurgical inclut les points de suture nécessaires ainsi qu'une visite post-opératoire, au besoin. Le site chirurgical est réputé couvrir un quadrant entier, un sextant ou un groupe de plusieurs dents dont il est possible de combiner le traitement commodément en une seule séance.

Note : Dents surnuméraires
Prière d'utiliser le code "99"

ABLATION DE DENTS AYANT FAIT ÉRUPTION (SANS COMPLICATION)

71101 Une seule dent (avec correction osseuse) (première dent)

71111 Chaque dent additionnelle

ABLATIONS CHIRURGICALES

NOTE : Une dent est enclavée quand un tissu dur (dent ou os) l'empêche de faire éruption dans sa position normale.

Première dent du site chirurgical - plein tarif. Ablation de chaque dent additionnelle à tarif réduit (comme dans le cas de l'acte 71111). **S'il faut procéder à l'ablation chirurgicale d'une dent lactéale, expliquer pourquoi sur la formule de réclamation.**

ODA Code	Service
72100	Ablation chirurgicale (complexe) de chaque dent ayant fait éruption
	ABLATION DES RACINES RÉSIDUELLES (Le maximum autorisé correspond aux honoraires maximums pour l'ablation des racines multiples d'une dent)
72310	Racines recouvertes de tissu mou
	TRAITEMENTS NON CLASSIFIÉS Anesthésie locale - non en corrélation avec de la chirurgie buccale ou un service de restauration - Voir Diagnostic 01300 et 01400
92110	Bloc régional - non en corrélation avec de la chirurgie buccale ou un service de restauration
92120	Bloc d'une division du trijumeau - non en corrélation avec de la chirurgie buccale ou un service de restauration
	ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
	(Comprend l'évaluation préalable et le suivi)
	Élimination de toute sensation accompagnée d'une perte de conscience. Cette définition comprend également l'anesthésie "dissociative" (Kétamine)
92201	Anesthésie générale - première **unité de temps**
92202	Chaque **unité de temps** additionnelle
92215	Allocation pour les services de bureau additionnels nécessaires quand l'anesthésie est administrée par un anesthésiste autre que le dentiste - par **unité de temps**
	NEUROLEPTANALGÉSIE ET TECHNIQUES CONNEXES
	Analgésie profonde ou sédation entraînant un état de détachement physique et psychique marqué pouvant comprendre des périodes intermittentes d'inconscience.

ODA Code	Service
	Cet état est produit par l'administration continue ou intermittente de médications compatibles selon une formule équilibrée. Éviter de confondre ces techniques avec la sédation consciente.
92251	Neuroleptanalgésie - première **unité de temps**
92252	Chaque **unité de temps** additionnelle
	SÉDATION CONSCIENTE
	Utilisation de médications systématiques afin de calmer et de détendre le patient sans lui faire perdre conscience.
92310	Sédation consciente par inhalation (protoxyde d'azote et oxygène) Première **unité de temps**
92311	Chaque **unité de temps** additionnelle
	ADMINISTRATION PARENTÉRALE
92330	Sédation consciente par intraveineuse
92340	Sédation consciente par injection intramusculaire d'un sédatif
	MÉDICATIONS
96100	Injection thérapeutique intramusculaire
96101	Injection thérapeutique intraveineuse
	SERVICES DE LABORATOIRE AU BUREAU
99350	Frais de services de laboratoire au bureau

SECONDE PARTIE

SERVICES

DISPENSÉS AVEC AUTORISATION SEULEMENT

COURONNES - PRÉPARATION INDIVIDUELLE
PRÉAMBULE

Lignes directrices applicables au protocole

Les étapes décrites ci-dessous sont considérées comme nécessaires pour que le traitement soit jugé acceptable.

a) L'élimination de la partie cariée ou malade de la dent.
b) L'évaluation des besoins de :

   (i) remplacement des parties manquantes de la dent pour assurer la rétention et la protection de la portion restante;
   (ii) retouches aux obturations adjacentes;
   (iii) correction des défauts péridentaires en relation avec la dent;
   (iv) correction des défauts occlusaux des dents de l'arcade antagoniste de la dent.

L'évaluation des besoins en (i), (ii), (iii) et (iv) doit être considérée comme partie intégrante du traitement lui-même. Cependant, si des corrections sont jugées nécessaires, elles deviennent des actes additionnels pour lesquels des honoraires s'ajoutent à celui de l'acte principal en fonction des codes appropriés du Guide des tarifs suggérés.

c) L'exécution du travail de réduction de la dent, de façon à satisfaire aux exigences du matériel obturateur choisi et à respecter les contraintes fonctionnelles de rétention et d'occlusion.
d) La prise d'empreintes précises de la préparation et des structures avoisinantes, de même que des structures antagonistes.
e) L'enregistrement de l'articulation, au moins en relation centrique.
f) La couverture temporaire adéquate de la dent traitée pendant l'interruption du traitement.
   Cette mesure doit assurer :
   (i) la protection des tubuli dentinaires et de la pulpe sous-jacente;
   (ii) le maintien des contacts proximaux;
   (iii) le maintien d'un contact occlusal relativement stable durant la période de construction;
   (iv) la préservation de l'environnement péridentaire; en d'autres termes, la couverture temporaire ne doit pas léser les tissus de support de la dent.
g) La sélection des couleurs, s'il y a lieu.
h) La préparation d'instructions écrites détaillées à l'intention du technicien dentaire.
i) L'insertion appropriée, exigeant :
   (i) la protection de la pulpe;

ODA
Code Service

(ii) les ajustements proximaux et occlusaux;
(iii) l'adaptation et la finition au pourtour;
(iv) la cimentation, avec un soin particulier pour le choix du matériel utilisé, pour le respect des propriétés physiques du ciment et pour les conditions d'hygiène de l'opération.

j) L'ajustement occlusal final.

27130 Prothèse de transition en acrylique ou en composite, à la chaise, technique directe
27140 Prothèse de transition en acrylique ou en composite, technique indirecte
27200 Prothèse en porcelaine
27210 Prothèse en porcelaine sur base de métal
27300 Prothèse en or (couronne complète)
27310 Prothèse en or (couronne 3/4)
27500 Prothèse temporaire en métal, à la chaise (technique directe)
27700 Corps coulé, procédure séparée
27701 Corps coulé, procédure séparée, en deux parties
27702 Corps coulé, procédure séparée, en trois parties
27710 Corps coulé, concurremment avec la prise d'empreinte de la couronne (si possible)
27711 Corps coulé, concurremment avec la prise d'empreinte de la couronne (si possible), en deux parties
27712 Corps coulé, concurremment avec la prise d'empreinte de la couronne (si possible), en trois parties
27800 Couronne de transfert métallique, procédure séparée
27810 Couronne de transfert métallique, concurremment avec la prise d'empreinte de la couronne (si possible)

PRÉFABRIQUÉ - pivots en métal précieux ou moules de pivots en plastique servant à réaliser des corps coulés utilisés pour renforcer des dents mortes.
PRÉFORMÉ - pivots normalisés fabriqués en série pour renforcer des dents mortes.
PIVOT ET CORPS EN MÉTAL COULÉ - éléments coulés servant à renforcer des dents mortes.

AUTRES SERVICES DE RESTAURATION

29501 Un pivot de rétention préformé (avec ou sans corps préformé)

ODA Code	Service

PARTIE II

29502	Deux pivots de rétention préformés
29503	Trois pivots de rétention préformés
29511	Corps coulé sur pivot préfabriqué
29512	Deux corps coulés sur pivots préfabriqués
29513	Trois corps coulés sur pivots préfabriqués
29600	Reconstitution d'un pivot avec ou sans corps ou d'un corps en amalgame avec tenon en vue de la constitution d'une couronne (matériaux compris)
29610	Reconstitution d'un pivot avec ou sans corps ou d'un corps en composite en vue de la constitution d'une couronne (matériaux compris)
29700	Couronne ajustée au crochet d'un partiel existant
29800	Restauration du ciment

PROTHÈSES
Prothèses amovibles

PRÉAMBULE

1. L'objectif consiste à mettre en place un substitut artificiel pour remplacer des structures vivantes disparues.
2. Dans ce domaine, la compétence du praticien est plus importante que la qualité du produit de remplacement lui-même.
3. Le service comprend deux composantes distinctes, à savoir :
   a) l'élément physiologique - nécessitant l'habileté professionnelle du praticien
   b) l'élément technique - nécessitant des travaux de laboratoire
4. L'objectif ultime du service est la sauvegarde des tissus de support des prothèses.
5. La valeur de la prothèse est fonction de l'efficacité avec laquelle elle remplit le rôle des structures manquantes.

Les points suivants (A et B) sur les procédés cliniques applicables aux prothèses complètes et aux partiels amovibles, de même que le guide des honoraires suggérés, ont été conçus pour faciliter l'application des principes susmentionnés.
On notera par conséquent qu'il est capital de faire un diagnostic approprié pour chaque service de prothèse.

ODA
Code

Service

PROCÉDURES CLINIQUES POUR LES SERVICES DE PROTHÈSES COMPLÈTES ET PARTIELLES AMOVIBLES, PAR RAPPORT AU GUIDE DES TARIFS SUGGÉRÉS

A. PROTHÈSES COMPLÈTES

1. DIAGNOSTIC
a) Examen buccal complet comprenant l'histoire médicale et dentaire, les considérations psychologiques et l'examen buccal visuel et digital - voir code 01000
b) L'examen radiologique - voir code 02000

2. EMPREINTES
a) Empreintes primaires
b) Empreintes finales

3. ENREGISTREMENT DES RELATIONS FONCTIONNELLES
a) Relations verticales - position de repos et dimension verticale
b) Relations horizontales - occlusion centrique
c) Arc facial
d) Choix des dents - forme et couleur

4. ESSAYAGE
a) Vérification de l'occlusion centrique et du montage sur l'articulateur
b) Remontage sur l'articulateur avec les corrections nécessaires
c) Évaluation et correction du montage des dents antérieures selon les exigences de la phonétique et de l'esthétique

5. MISE EN BOUCHE
a) Vérification des bases, de la pression et du contour
b) Instructions au patient

6. AJUSTEMENTS
Dans les trois mois suivant la mise en bouche

7. ÉQUILIBRAGE DE L'OCCLUSION
Remontage de la prothèse pour assurer l'équilibrage de l'occlusion

UDA
Code

Service

8. PROTHÈSES PARTIELLES AMOVIBLES

1. DIAGNOSTIC

a) Examen buccal complet comprenant l'histoire médicale et dentaire, les considérations psychologiques et l'examen buccal visuel et digital - voir code 01000
b) Examen radiologique - voir code 02000

2. PLAN DE TRAITEMENT

a) Empreintes primaires (modèles d'étude)
b) Analyse des modèles au parallèliseur
c) Dessin des appareils et détermination des préparations à faire en bouche
d) Préparation de la commande pour le laboratoire

3. PRÉPARATION DE LA BOUCHE

a) Préparation des dents selon le plan établi
b) Prise des empreintes finales

4. ESSAYAGE DU SQUELETTE

a) Ajustement du squelette
b) Empreintes pour le modèle réfractaire, en cas d'extension (selle libre)

5. ENREGISTREMENT DES RELATIONS FONCTIONNELLES

a) Relations verticale et horizontale
b) Arc facial (s'il y a lieu)
c) Choix des dents, forme et couleur

6. ESSAYAGE

a) Vérification des mesures (remontage sur l'articulateur si nécessaire)
b) Réévaluation et correction du montage des dents

7. MISE EN BOUCHE

a) Vérification du squelette et des bases pour la pression et le contour
b) Instructions au patient

JDA Code	Service
	8. AJUSTEMENTS Dans les trois mois suivant la mise en bouche
	9. ÉQUILIBRAGE DE L'OCCLUSION Remontage de la prothèse pour équilibrer l'occlusion

Cette liste de traitements inclut les différentes étapes nécessaires à la fabrication de prothèses dentaires amovibles.

PROTHÈSES HYBRIDES
Voir les codes appropriés pour les services de prothèses, plus les autres services et codes nécessaires pour la préservation de la crête alvéolaire.

51100 **PROTHÈSE COMPLÈTE AU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR**

1. Diagnostic
a) Examen - Voir code 01000 (Diagnostic)
b) Radiographies - Voir code 02000
2. Empreintes
3. Articulation
4. Essayage
5. Mise en bouche
6. Ajustements (dans les trois mois suivant la mise en bouche)

51110 **PROTHÈSE COMPLÈTE AU MAXILLAIRE INFÉRIEUR**

1. Diagnostic
a) Examen - Voir code 01000 (Diagnostic)
b) Radiographies - Voir code 02000
2. Empreintes - primaire et finale
3. Articulation
4. Essayage
5. Mise en bouche
6. Ajustements (dans les trois mois suivant la mise en bouche)

ODA Code	Service
51120	**PROTHÈSE COMPLÈTE POUR LES MAXILLAIRES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR** 1. Diagnostic a) Examen - Voir code 01000 (Diagnostic) b) Radiographies - Voir code 02000 2. Empreintes - primaire et finale 3. Articulation 4. Essayage 5. Mise en bouche 6. Ajustements (dans les trois mois suivant la mise en bouche)
51300	Prothèse dentaire immédiate du maxillaire supérieur (y compris trois mois de soins après la mise en bouche et incluant les conditionneurs de tissus, mais non le regarnissage permanent)
51301	Prothèse dentaire immédiate du maxillaire inférieur (y compris trois mois de soins après la mise en bouche et incluant les conditionneurs de tissus, mais non le regarnissage permanent)
51320	Prothèse dentaire immédiate des maxillaires supérieur et inférieur (y compris trois mois de soins après la mise en bouche et incluant les conditionneurs de tissus, mais non les regarnissages permanents)
51600	Prothèse complète de transition du maxillaire supérieur
51610	Prothèse complète de transition du maxillaire inférieur
51620	Prothèse complète de transition des maxillaires supérieur et inférieur
	PROTHÈSE PARTIELLE AMOVIBLE (Maxillaire supérieur ou inférieur) Diagnostic a) Examen - Voir code 01000 (Diagnostic) b) Radiographies - Voir code 02000

ODA Code	Service
52220	Maxillaire supérieur, base en acrylique, avec ou sans crochets façonnés
52221	Maxillaire inférieur, base en acrylique, avec ou sans crochets façonnés
52230	Maxillaire supérieur, base en acrylique, avec crochets en or ou chromés et appuis
52231	Maxillaire inférieur, base en acrylique, avec crochets en or ou chromés et appuis
52320	Maxillaire supérieur, avec grand connecteur façonné (barre palatine), appuis et crochets
52321	Maxillaire inférieur, avec grand connecteur façonné (barre linguale), appuis et crochets
	PROTHÈSE PARTIELLE AMOVIBLE AVEC BASE COULÉE, ALLIAGE CHROME COBALT (OU OR)
52400	Maxillaire supérieur avec barre palatine en alliage chrome cobalt, appuis, crochets et base en acrylique (prothèse partielle amovible avec selle libre)
52410	Maxillaire inférieur avec connecteur lingual ou labial en alliage au chrome cobalt, appuis, crochets et base en acrylique (prothèse partielle amovible avec selle libre)
52500	Maxillaire supérieur avec barre palatine, appuis, crochets et base coulée en alliage chrome cobalt (sans selle libre)
52510	Maxillaire inférieur avec connecteur lingual, appuis, crochets et base coulée en alliage chrome cobalt (sans selle libre)
52520	Prothèse partielle amovible, maxillaires supérieur et inférieur
52525	Pour chaque empreinte modifiée dans le cas des codes 52520, 52400 et 52410, ajouter

ODA Code	Service
52530	Prothèse complète du maxillaire supérieur avec prothèse partielle amovible du maxillaire inférieur - connecteur lingual coulé en alliage chrome cobalt, appuis, crochets et base en acrylique
52531	Prothèse complète du maxillaire inférieur avec prothèse partielle amovible du maxillaire supérieur - barre palatine coulée en alliage chrome cobalt, appuis, crochets et base en acrylique
52535	Pour les empreintes modifiées dans le cas des codes 52530 et 52531, ajouter

PROTHÈSES
PROTHÈSES FIXES

PRÉAMBULE

A. OBJECTIFS DE LA PROTHÈSE FIXE

1. La restauration de dents malades ou manquantes en tout ou en partie.

2. La sauvegarde des dents restaurées et de leur support dans des conditions normales, le plus longtemps possible.

3. La prévention d'autres dommages aux dents restaurées.

4. La correction des défectuosités esthétiques, fonctionnelles (occlusales) ou péridentaires de la bouche.

B. SERVICES DE RESTAURATION COMPLEXES OU EXTENSIFS

Pour être qualifié de "complexe" ou d'"extensif", le plan de restauration doit comprendre tout ou partie des éléments suivants :

1. unités multiples dans des quadrants différents;

2. altérations majeures du plan occlusal;

3. altérations (augmentation ou diminution) de la dimension verticale, à l'aide d'appareils fixes;

4. correction de l'articulé : retour à l'articulé centrique par correction de l'occlusion acquise au moyen d'appareils fixes;

5. restauration par pont fixe comprenant au moins trois dents piles et commençant dans un quadrant postérieur pour se terminer dans le segment antérieur de ce quadrant ou dans le quadrant postérieur opposé;

6. altération considérable du plan incisif;

7. altération considérable de la morphologie occlusale;

8. fragmentation extensive de dents mobiles;

9. restauration extensive ayant pour objectif le soulagement de syndromes douloureux des muscles faciaux et de l'articulation temporo-mandibulaire.

C. LIGNES DIRECTRICES - PROTOCOLE EXIGÉ POUR LE TRAITEMENT PAR PROTHÈSES FIXES

1. Protocole exigé pour les ponts de trois ou quatre unités et pour les couronnes individuelles adjacentes.

Les actes suivants sont considérés comme nécessaires pour que le traitement soit jugé acceptable :

a) protocole identique à celui qui s'applique à une seule unité (voir COURONNES - PRÉPARATION INDIVIDUELLE/PRÉAMBULE), plus :

b) établissement des relations occlusales centriques et excentriques, montage sur articulateur semi-ajustable ou recours à la technique des plans d'insertion fonctionnels;

c) conception, préparation et reconstruction des piliers, si nécessaire, de façon à assurer une rétention et un support adéquats pour la prothèse;

d) respect du parallélisme des piliers, au besoin par le recours à la technique des lignes de forces déviées (cette dernière procédure peut entraîner une majoration des honoraires);

e) évaluation des besoins de :

(i) corrections occlusales sur un quadrant ou sur l'ensemble de la bouche (par opposition aux corrections sur une ou deux dents antagonistes, comme dans les cas de couronne individuelle);

(ii) corrections péridentaires autour de toutes les dents concernées et au niveau de la crête édentée, pour optimiser le dessin du pontique;

(iii) traitements péridentaires complets;

f) dessin des pontiques et de l'ensemble de la prothèse conçu de façon à concilier la résistance nécessaire pour que la restauration supporte les moments de flexion et respecte les impératifs d'esthétique, d'efficacité et de protection des tissus de support;

C. LIGNES DIRECTRICES - PROTOCOLE EXIGÉ POUR LE TRAITEMENT PAR PROTHÈSES FIXES

g) Restaurations provisoires conformément aux normes applicables aux couronnes individuelles, avec en plus l'obligation de maintenir la stabilité des piliers par l'installation de pontiques temporaires, tout en maintenant les contacts proximaux;

h) Pour les moulages de diagnostic, voir les codes 04510 ou 04520;

i) Série complète de pellicules périapicales - voir code 02100

ODA Code	Service
	PONTIQUES
62500	Pontique en porcelaine fixée sur métal
	INCRUSTATIONS
65500	Base métallique pour pilier reliée par la méthode du mordançage (acide-liant) - pontique en sus (Pont Maryland, Rochette ou autre)
	ABLATIONS CHIRURGICALES
	NOTE : Une dent est enclavée quand des tissus durs (dent ou os) l'empêchent de faire éruption dans sa position normale.
	Première dent du site chirurgical - plein tarif. Le montant des honoraires est réduit pour chaque dent additionnelle (comme dans le cas du code 71111). **Si vous devez procéder à l'ablation chirurgicale d'une dent lactéale, expliquer pourquoi sur la formule de réclamation**
72210	Ablation, par dent recouverte de tissu mou
72220	Ablation, par dent enclavée partiellement recouverte de tissu osseux
72230	Ablation, par dent enclavée complètement recouverte de tissu osseux
72240	Ablation, par dent enclavée - position inhabituelle ou influence de l'âge du patient (s'applique aussi aux dents surnuméraires)
	ABLATION DES RACINES RÉSIDUELLES (Le montant des honoraires autorisés correspond au maximum autorisé pour les racines multiples d'une dent)
72320	Racines recouvertes de tissu osseux

ÉCOLE	ÂGE À LA PREMIÈRE VISITE	COÛT DES SOINS REQUIS, EN DOLLARS (GUIDE DES TARIFS 1986) 1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	
HUDSON	12	324 $	30 $	- $	
	7	549	168	16	
	7	214	96	89	
	11	387	72	16	
	10	515	30	16	
	10	230	16	30	
	9	423	30	16	
	10	512	51	16	
	9	622	102	68	
	8	387	96	16	
	10	477	30	16	
	7	488	61	16	
	5	476	16	226	
	8	276	197	145	
	7	629	165	16	
	7	765	181	16	
	7	1 274	160	16	
	7	1 083	104	16	
	6	646	16	68	
	8	343	30	16	
	7	363	68	-	
	6	1 102	30	-	
	8	529	96	16	
	Nombre total d'enfants 23	12 614 $	1 845 $	850 $	
	Coût moyen par enfant	48,43 $	80 21	42 50	

ÉCOLE	ÂGE À LA PREMIÈRE VISITE	COÛT DES SOINS REQUIS, EN DOLLARS (GUIDE DES TARIFS 1986) 1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	
STURGEON CREEK	11	165 $	129 $	30 $	
	10	292	30	108	
	11	191	67	56	
	11	263	229	41	
	Nombre total d'enfants 4	911 $	455 $	235 $	
	Coût moyen par enfant	227,75 $	113,75 $	58,75 $	
McCROSS'N TOVELL	11	415	145	-	
	9	511	93	108	
	11	203	438	-	
	11	385	155	-	
	9	379	195	103	
	9	249	181	-	
	9	415	61	56	
	9	332	128	-	
	9	527	108	-	
	Nombre total d'enf. 9	3 316 $	1 504 $	267 $	
	Coût moyen par enfant	368,44 $	167,11 $	89 $	

ÉCOLE	ÂGE À LA PREMIÈRE VISITE	COÛT DES SOINS REQUIS, EN DOLLARS (GUIDE DES TARIFS 1986) 1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	
LILLIAN BERG	10	207 $	102 $	89 $	
	11	222	269	-	
	11	534	188	41	
	5	261	60	235	
	10	217	30	30	
	12	437	16	-	
	8	175	113	56	
	9	437	30	30	
	7	159	170	89	
	6	319	30	118	
	7	412	134	41	
	6	427	30	58	
	13	340	174	89	
	5	468	61	16	
	5	327	174	42	
	6	497	134	16	
	9	467	30	108	
	7	880	41	74	
	11	362	260	30	
	5	242	76	-	
	7	298	105	16	
	5	710	180	-	
	Nombre total d'enfants 22	8 398 $	2 407 $	1 178 $	
	Coût moyen par enfant	381,72 $	109,40 $	65,44 $	

ÉCOLE	ÂGE À LA PREMIÈRE VISITE	COÛT DES SOINS REQUIS, EN DOLLARS (GUIDE DES TARIFS 1986) 1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	
DONALD YOUNG	12	305 $	174 $	- $	
	11	134	108	145	
	11	352	51	134	
	10	160	27	72	
	11	181	129	108	
	9	186	93	113	
	11	316	51	30	
	11	337	30	-	
	10	522	30	30	
	11	191	30	30	
	8	526	144	134	
	9	282	114	30	
	7	674	93	102	
	5	605	30	16	
	5	256	30	138	
	6	607	56	-	
	6	508	457	186	
	Nombre total d'enfants 17	6 142 $	1 647 $	1 268 $	
	Coût moyen par enfant	361,29 $	96,88 $	90,57 $	

ÉCOLE	ÂGE À LA PREMIÈRE VISITE	COÛT DES SOINS REQUIS, EN DOLLARS (GUIDE DES TARIFS 1986) 1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	
WABIGOON	9	723 $	41 $	41 $	
	12	291	82	-	
	12	337	82	-	
	10	659	30	-	
	6	384	27	205	
	7	683	30	51	
	6	398	245	16	
	6	453	30	30	
	10	259	114	16	
	11	223	98	16	
	9	546	30	68	
	10	580	134	16	
	8	668	30	30	
	8	370	108	110	
	9	442	98	16	
	11	458	200	16	
	11	224	109	30	
	9	432	68	37	
	8	562	190	30	
	8	593	82	16	
	7	495	45	30	
	11	310	72	-	
	12	416	72	16	
	Nombre total d'enfants 23	10 506 $	2 017 $	790 $	
	Coût moyen par enfant	456,78 $	87,69 $	41,58 $	

ÉCOLE	ÂGE À LA PREMIÈRE VISITE	COÛT DES SOINS REQUIS, EN DOLLARS (GUIDE DES TARIFS 1986) 1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	
PINEWOOD	13	591 $	- $	- $	
	13	648	-	-	
	13	456	-	-	
	17 * 8e	492	-	-	
	12	311	-	-	
	13	337	-	-	
	13	223	-	-	
	12	150	-	-	
	13	254	-	-	
	13	512	-	-	
	8	274	-	-	
	6	245	-	-	
	4	262	-	-	
	5	726	-	-	
	9	593	-	-	
	6	247	-	-	
	8	269	-	-	
	6	245	-	-	
	6	479	-	-	
	7	419	-	-	
	11	176	-	-	
	8	273	-	-	
	7	356	-	-	
	10	316	-	-	
	6	605	-	-	

ÉCOLE	ÂGE À LA PREMIÈRE VISITE	COÛT DES SOINS REQUIS, EN DOLLARS (GUIDE DES TARIFS 1986) 1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	
PINEWOOD	7	488 $	- $	- $	
	5	445	-	-	
	4	462	-	-	
	5	696	-	-	
	12	207	-	-	
	Nombre total d'enfants 20	11 757 $	- $	- $	
	Coût moyen par enfant	391,90 $			

ANNEXE 6(a)

DIVISION DES SERVICES SOCIAUX DU COMTÉ DE SIMCOE

le 9 septembre 1985

Dr Terry Hicks
Directeur
Division de l'hygiène dentaire
Bureau de santé de district
du comté de Simcoe
Centre administratif
MIDHURST (Ontario)
L0L 1X0

Docteur,

En réponse à votre demande de renseignements sur le coût des soins dentaires des enfants de familles à bas revenu souffrant de maladies dentaires graves ou aiguës, je puis vous confirmer qu'après avoir recensé quinze des cas les plus récents, nous avons calculé que le coût moyen de ces soins s'élève à 276 $ par enfant.

Si je puis vous être encore utile, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Sincèrement,

L'administrateur,

R.W.K. Dobson

ANNEXE 6(b)

BUREAU DE SANTÉ DE DISTRICT DU COMTÉ DE SIMCOE
Centre administratif du comté, Midhurst (Ont.) L0L 1X0 (705)
726-0100

le 24 septembre 1986

Dr R.K. Ryan, conseiller dentaire principal
Ministère de la Santé
Direction de la santé publique
5e étage
15, boul. Overlea
Toronto (Ontario)
M4H 1A9

OBJET : COÛTS DES SOINS DENTAIRES DE BASE

Docteur,

Une fois de plus, notre Division des services sociaux nous informe qu'elle n'a plus d'argent pour payer les soins dentaires nécessaires à nos patients qui ont des besoins immédiats et urgents de traitement. Nous vous réclamerons d'autres crédits, en partant du principe qu'il y aura en 1987 un régime provincial d'assurance dentaire. Comme vous le savez, l'argent que la Division consacre aux soins dentaires est tiré de son Budget d'aide spéciale, lequel est financé à parts égales par le gouvernement fédéral et par les autorités municipales.

Le coût moyen des soins dispensés aux enfants que les Services sociaux ont payés en 1986 se situe autour de 340 $. Ce chiffre devrait être représentatif de la situation provinciale, étant donné que nos dentistes sont autorisés à donner tous les soins de base nécessaires, à l'exception des traitements préventifs. De plus, j'ai bien l'impression que les tarifs des dentistes du comté de Simcoe sont sensiblement les mêmes que ceux de leurs collègues du reste de la province.

Sincèrement,

Le directeur de la Division de l'hygiène dentaire,

T.W. Hicks, D.D.S., D.D.P.H.

TWH:wb

cc : M. R. Dobson

BUREAU DE SANTÉ DES COMTÉS

DE HASTINGS ET PRINCE EDWARD

179, RUE NORTH PARK
BELLEVILLE (ONTARIO)
K8P 4P1
(613) 966-5500

le 17 février 1987

Dr R.K. Ryan
Conseiller dentaire principal
Direction de la santé publique
Ministère de la Santé
15, boul. Overlea, 5e étage
TORONTO (Ontario) M4H 1A9

OBJET : Coûts des soins dentaires dans les cas graves

Docteur,

Au cours de l'année scolaire 1985-1986, notre programme d'examen dentaire de dépistage nous a permis d'identifier 236 enfants souffrant d'une "grave" maladie dentaire.

Nous avons retenu 25 cas au hasard parmi ces enfants, afin de calculer le coût moyen des soins nécessaires pour les ramener à la santé.

Pour cette estimation, nous nous sommes fondés sur les paramètres suivants :

- Guide des tarifs suggérés de l'ODA (1986)
- Examen buccal complet
  - dentition primaire @ 31 $
  - dentition mixte @ 47 $
- Radiographies @ 35 $
- Restaurations en amalgame
  - molaires primaires, jusqu'à l'âge de 9 ans @ 40 $
  - prémolaires permanentes @ 40 $
  - molaires permanentes @ 46 $
  - molaires permanentes, grosses caries @ 52 $
- restaurations en composite
  - antérieures, permanentes @ 52 $

- perte de couronne, à considérer comme une extraction @ 31 $
- scellants, non compris

Le tout aboutissant aux estimations suivantes :

- moyenne 298,92 $
- fourchette : maximum 546 $
  minimum 134 $.

J'espère que cette information vous sera utile.

Sincèrement,

Le directeur de la Division de l'hygiène dentaire

Dennis A. Warrick, D.D.S., D.D.P.H.

ANNEXE 6(d)

ÉTUDE PROSPECTIVE DU COÛT D'UN PROGRAMME DE SOINS DENTAIRES AXÉ SUR L'ÉCOLE ET FINANCÉ PAR LE GOUVERNEMENT POUR LES ENFANTS RELEVANT DU BUREAU DE SANTÉ (NORTHWESTERN)

PAR :
Dr L.W. ARMSTRONG ET COLL.
JANVIER 1987

INTRODUCTION

L'étude a pour objet de déterminer combien il en coûterait, au fil des années, pour dispenser des soins dentaires à des enfants ayant en général de nombreuses caries.

Étant donné les nombreux cas de carie chez beaucoup d'enfants desservis par le programme du Bureau de santé Northwestern, on a pensé que l'information obtenue des responsables du Bureau pourrait servir à déterminer les coûts éventuels d'un programme de soins dentaires destiné à une population choisie d'enfants de la province. Il s'agissait particulièrement de déterminer le coût des soins dispensés aux enfants qui en seraient à leur deuxième et à leur troisième année de soins dentaires dans le cadre d'un programme de ce genre.

METHODE

Nous avons étudié les dossiers des soins dentaires dispensés à tous les enfants traités dans le contexte du programme depuis son lancement, en 1980, afin d'identifier ceux auxquels l'étude devait s'appliquer. Nous avons retenu des enfants qui satisfaisaient aux critères suivants :

1) caries dans au moins trois dents permanentes ou dans des dents primaires cruciales (lésions découvertes à l'occasion de la première visite dans le cadre du programme);
2) soins dispensés au moins deux années d'affilée, avec la preuve que le traitement avait été mené à bien chaque année (c.-à-d. : le traitement dispensé correspondait au plan de traitement).

Nous avons tiré des dossiers des enfants l'information suivante, que nous avons regroupée selon l'école que les enfants fréquentaient :

1) âge de l'enfant au moment de la visite initiale;
2) coût des services dispensés, excluant la prévention, mais incluant le diagnostic, pour chaque année de participation au programme, jusqu'à concurrence de trois ans. Le coût a été déterminé en fonction du Guide des tarifs de l'ODA (1986).

RÉSULTATS

Nombre d'écoles : 6 (l'une des écoles a dû être éliminée dans l'évaluation finale, étant donné qu'il n'y avait pas de renseignements disponibles pour la deuxième année).

Nombre d'enfants étudiés : 98

COÛTS DES SOINS DENTAIRES
(GUIDE DES TARIFS DE L'UDA)- 1986

	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE
TOTAL	40 976,00 $	9 420,00 $	4 353,00 $
MOYENNE PAR ENFANT	418,12 $	96,12 $	56,53 $

ANALYSE

Le coût des soins baisse de façon vertigineuse au cours de la deuxième et de la troisième années d'un programme conçu pour des enfants souffrant de nombreuses caries. (418,12 $ pour la 1re année, 96,12 $ pour la 2e et 56,53 $ seulement pour la 3e).

Même dans les deux écoles où le coût per capita est le plus élevé, Hudson (548,43 $) et Wabigoon (456,78 $), le coût du programme pour la deuxième et pour la troisième année a nettement baissé, jusqu'à 80,21 $ et 42,50 $ à l'école Hudson et 87,69 $ et 41,58 $ à l'école Wabigoon.

Les enfants participant au programme reçoivent des soins préventifs par l'intermédiaire du programme de prévention scolaire du Bureau de santé. Les traitements comprennent des conseils individuels sur l'hygiène buccale, une application topique de fluorure, l'utilisation hebdomadaire d'un rince-bouche au fluorure et des exposés en classe sur la santé dentaire.

On n'a généralement pas administré de scellants aux premières étapes du programme de traitement. Il faut toutefois noter qu'il s'agit là d'un service de prévention qui est désormais offert régulièrement par les dentistes participant au programme. Le coût des traitements de routine peut par conséquent sembler relativement élevé, lorsqu'on le compare à celui qu'on avait relevé pour les années précédentes, quand ce service de prévention n'était pas dispensé.

..... 3

Il faut aussi noter que, dans le contexte du programme, le maintien de l'espacement est assuré grâce à des bagues préparées à la chaise. Étant donné qu'il n'y a pas de frais de laboratoire et que le coût des matériaux est minime, le coût total du maintien de l'espacement est donc très bas. Toutefois, les praticiens du secteur privé peuvent tenir à se servir d'appareils de maintien préparés en laboratoire et coûtant beaucoup plus cher que les dispositifs préparés à la chaise, ce qui fait considérablement augmenter le coût moyen du traitement par enfant.

ESTIMATION DES COÛTS DES SOINS DE ROUTINE POUR LA 2e ET LA 3e ANNÉE

Le Comité est parti du principe que les enfants de ce groupe auraient tendance à avoir beaucoup de caries. Pour trouver un groupe comparable, il a donc étudié les traitements dispensés aux enfants dans le cadre du régime de la CU&C (Annexe 7c) et du régime d'assurance dentaire de la Saskatchewan (Annexe 7b), et dans celui du programme de Kenora (Annexe 6d). Les coûts des services ont été comparés comme s'ils avaient tous été payés selon le Guide des tarifs de l'ODA (1986), ce qui donne les résultats suivants :

COÛT	SOURCE
114,52 $	CU&C, enfants de 5 à 9 ans
150,05	CU&C, enfants de 10 à 14 ans
92,68	Régime d'assurance dentaire de la Saskatchewan
92,89	" "
92,89	" "
75,05	" "
64,79	" "
74,35	" "
92,12	Kenora, 2e année
56,53	Kenora, 3e année

Le Comité estime qu'au cours de la deuxième année du programme (la première année de soins de routine), les enfants n'auraient pas nécessairement eu aussi peu de nouvelles caries que dans les années subséquentes. Il a donc retenu le groupe des 5 à 9 ans recensé en Colombie-Britannique comme le groupe le plus représentatif et fixé à 115 $ par enfant son estimation du coût moyen des soins dispensés pendant la première année de soins de routine.

Pour la deuxième année de soins de routine, le Comité a décidé d'éliminer le maximum et le minimum (150,05 $/CU&C et 56,53 $/Kenora) et de faire la moyenne des 7 autres chiffres, ce qui donne un coût estimatif moyen de 87 $ par enfant.

ANNEXE 7(b)

RÉGIME D'ASSURANCE DENTAIRE DE LA SASKATCHEWAN

SOINS DE ROUTINE DISPENSÉS EN 1984-1985

NOMBRE D'ACTES PAR 100 ENFANTS

Année de naissance	1978	1977	1975	1973	1971	
Âge	6-7	7-8	9-10	12-13	14-15	
Nombre d'enfants	13 825	14 100	13 544	12 897	12 969	
Actes (par 100 enfants)						**Tarif suggéré par l'ODA**
Amalgame	110,2	116,4	87,9	69,9	96,8	46,94 $
Composite	1,8	2,8	5,8	8,9	13,2	32,19
Couronnes (1)	16,0	13,2	5,3	0,9	0,1	80,48
Couronne temporaire	2,1	1,3	1,5	1,4	0,7	26,83
Pulpotomie	11,5	8,8	4,7	1,1	0,4	26,83
Extractions	11,3	12,0	12,0	13,8	6,4	32,19
Coût (par enfant)						
Coût du service	72,45	72,73	52,91	41,51	52,13	
Examen de rappel	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10	
Pellicules interproximales	14,38	14,38	14,38	14,38	14,38	
	102,98	103,21	83,39	71,99	82,61	
x 0,9	92,68	92,89	75,05	64,79	74,35	

Tableau XI - 14

Nombre moyen de services dispensés par client, selon le groupe d'âge
(Localités prospères de la C.-B. et Régimes de la CU&C)

Service/Âge	Localités prospères (C.-B.)				Régimes de la CU&C							
					Régime A - 7e année				Régime B - 1re année			
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-4	5-9	10-14	15-18	0-4	5-9	10-14	15-18
1. Soins d'urgence	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0
2. Examens	0,03	0,11	0,08	0,03	0,51	0,25	0,26	0,22	0,76	0,55	0,54	0,55
3. Modèles	0,03	0,09	0,31	0,20	0	0	0,01	0	0	0,01	0,01	0,01
4. Radiographies	0,95	1,23	1,60	2,12	0,75	0,95	1,09	1,18	0,73	0,95	1,15	1,34
5. Essais en laboratoire	0	0	0	0	0,01	0	0,01	0,01	0	0	0	0,01
6. Consultation/rapport	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
7. Soins de routine	0,97	0,97	1,15	1,35	0,71	0,96	0,94	0,91	0,41	0,58	0,63	0,63
8. Topique (fluorure)	0,41	0,50	0,60	0,54	0,73	0,90	0,80	0,62	0,67	0,82	0,74	0,65
9. Conseils (hygiène)	0	0,01	0,02	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Orthodontie (p.g.)	0	0	0	0	0	0,04	0,01	0	0	0,06	0,01	0
11. Extractions	0,03	0,30	0,23	0,10	0,10	0,41	0,26	0,29	0,22	0,68	0,55	0,71
12. Chirurgie (autre)	0	0	0,01	0,02	0	0	0	0	0	0	0,01	0,01
13. Détartrage/polissage	0,03	0	0,05	0,21	0	0	0,01	0,05	0	0	0,01	0,07
14. Aj. occlusaux	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0
15. Périodontie (chir.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16. Périodontie (autre)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17. Endodontie	0	0,02	0,02	0,03	0,19	0,08	0,08	0,12	0,18	0,17	0,14	0,29
18. Rest., plastique	1,92	2,43	2,48	2,89	2,30	2,01	2,87	3,51	2,58	3,36	4,13	6,01
19. Rest., autre	0	0,03	0,03	0,11	0,14	0,06	0,06	0,20	0,17	0,11	0,07	0,41
20. Prothèse complète	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01
21. Partiel	0	0	0	0,01	0	0	0	0,01	0	0	0,01	0,03
22. Aj. de prothèse	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0,01
23. Prothèses (divers)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
						114,52	150,05					
Nombre total de services	170	1939	3191	2991	841	4802	6206	4657	1509	8247	9804	7201
Nombre de clients	39	341	486	392	154	846	971	651	263	1130	1223	670

Source : 1. CU&C Health Services Society, Vancouver, 1972-1973
2. "Demand for Dental Services in Affluent Communities - British Columbia", ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974.

ANNEXE 7(c)

ANNEXE 8

PROJET DE LETTRE D'AVIS AUX PARENTS

(À PRÉPARER DANS LE CADRE DU PLAN DE COMMUNICATIONS - VOIR LA RECOMMANDATION Nº 11)

Date : _____

Nom de l'élève : _____ Ecole : _____

Monsieur/Madame,

Un examen dentaire de routine a révélé que_____ souffrait d'une maladie dentaire qui doit être traitée le plus vite possible.

Les maux de dents peuvent miner dangereusement la santé de l'enfant et le rendre malheureux. S'il est traité maintenant, il sera possible de prévenir des complications qui risquent d'entraîner des dépenses accrues.

Nous vous invitons donc à conduire votre enfant chez un dentiste pour qu'il soit traité sans attendre.

Votre enfant peut être admissible à une aide spéciale offerte dans le contexte d'un programme du ministère de la Santé. Ce programme est administré par le Bureau de santé. Pour que votre enfant soit déclaré admissible, vous devez satisfaire aux conditions suivantes :

☐ Notre famille n'a pas d'assurance pour les tiers (assurance dentaire, prestations d'allocation familiale, etc.).

☐ le coût des soins dentaires dont l'enfant a besoin causera des difficultés financières à la famille.

Veuillez cocher les deux cases, si c'est votre cas et retournez la lettre à :
(Division de l'hygiène dentaire
du Bureau de santé)

Si vous ne demandez pas à bénéficier de cette aide spéciale, veuillez laisser la lettre à votre dentiste quand celui-ci soignera l'enfant, afin qu'il(elle) puisse nous la retourner pour informer que les soins nécessaires ont commencé à être dispensés et pour que nous puissions mettre nos dossiers à jour.

Si vous avez du mal à trouver un dentiste ou si vous avez besoin d'explications, communiquez sans tarder avec la Division de l'hygiène dentaire.

Veuillez agréer, Monsieur/Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

PROJET

FORMULE DE RÉCLAMATION

ANNEXE 9

1re PARTIE - DENTISTE	Nº UNIQUE	SPÉC.	Nº DE COMPTE DU PATIENT

PATIENT	DENTISTE
NOM PRÉNOM(S)	
ADRESSE APP.	Nº DE TÉL. :
VILLE PROV. CODE POSTAL	

RÉSERVÉ AU DENTISTE - POUR PRÉCISIONS, DIAGNOSTIC, CONSIDÉRATIONS OU PROTOCOLES SPÉCIAUX

DUPLICATA ☐

J	M	A	CODE PROCÉDURE	CODE INT. DENT	SUR-FACES	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LAB.	TOTAL

Ces renseignements correspondent fidèlement aux services dispensés et au montant total facturé.

MONTANT TOTAL DE LA RÉCLAMATION

Cet enfant a besoin de soins dentaires et il n'a aucune assurance; le coût des soins occasionnerait des difficultés financières à la famille.

Signature d'un parent ou du tuteur

Réservé au Bureau de santé

Code du Bureau de santé :

Montant autorisé :

Nº du chèque :

Date d'émission :

Nº de la réclamation :

INSTRUCTIONS POUR LA PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Faire parvenir la formule dûment remplie, avec la signature du père, de la mère ou du tuteur, à la Division de l'hygiène dentaire du Bureau de santé.

2e PARTIE - EMPLOYÉ(E)/ASSURÉ(E)

Copyright CONFIDENTIELLE UNE FOIS REMPLIE

FORMULE NORMALISÉE DE DEMANDE D'AUTORISATION
DE TRAITEMENTS DENTAIRES
Approuvée l'Ontario Dental Association

ANNEXE 10

		REMPLIE LE	VALABLE JUSQU'À
	Nº UNIQUE SPÉC Nº DE COMPTE DU PATIENT	J M A	J M A
PATIENT(E) NOM PRÉNOM(S) ADRESSE APP VILLE PROV. CODE POSTAL	DENTISTE Nº DE TÉL.	SIGNATURE DU DENTISTE	

AUTRES COMMENTAIRES : Prévoir les détails pertinents au plan de traitement dans cet espace

Examen : (tarif seulement) _____ $ _____

Radiographies : (tarif seulement) _____ $ _____

Autres services de diagnostic : (tarif total seulement) _____ $ _____ + L

Conseils d'hygiène buccale : (tarif seulement) _____ $ _____

Autres services de prévention : _____ $ _____

Prophylaxie/fluorure : (tarif seulement) _____ $ _____

Services de restauration de base :
Éviter de donner des détails sur les surfaces,
les tarifs ou les dents (tarif total seulement) _____ $ _____

Chirurgie buccale : (tarif total seulement) _____ $ _____ + L

Services de périodontie : (tarif total seulement) _____ $ _____ + L

Services d'endodontie : Dent _____ $ _____

(tarif par dent) Dent _____ $ _____

Dent _____ $ _____

Dent _____ $ _____

Dent _____ $ _____

Dent _____ $ _____

Dent _____ $ _____

Services d'exodontie : (tarif total seulement) _____ $ _____ + addiction

Services d'orthodontie : (tarif total seulement) _____ $ _____

Autres services, incluant les couronnes, les ponts et les prothèses : préciser les dents, les services, et les tarifs professionnels, mais pas les frais de laboratoire commercial.

_____ $ _____

_____ $ _____

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

_____ $ _____ + L

Total estimatif des frais de laboratoire _____ $

Total estimatif _____ $

APPROBATION SEULEMENT

ASSURÉS

NOM _____

ADRESSE _____

EMPLOYEUR _____

ADRESSE _____

POLICE COLLECTIVE	Nº DE CERTIFICAT	Nº D'ASS. SOC.
DATE DE NAISSANCE J M A	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ASSURÉ(E)	

Je consens à ce que l'information que j'ai fournie soit communiquée à qui de droit.